Deutscher Bundestag
4. Wahlperiode

Drucksache IV/816

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
7 — 81100 — 5877/62

Bonn, den 7. Dezember 1962

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des
Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung
(Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz)

nebst Begründung (Anlage 1) mit der Bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Der Bundesrat hat in seiner 251. Sitzung am 30. November 1962 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Entwurf wie aus der Anlage 2 ersichtlich Stellung zu nehmen. Im übrigen hat der Bundesrat gegen den Entwurf keine Einwendungen erhoben. Er ist der Ansicht, daß das Gesetz seiner Zustimmung bedarf.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der Anlage 3 dargelegt.

Der Stellvertreter des Bundeskanzlers

Ludwig Erhard

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53 Bonn
Alleinvertrieb: Dr. Hans Heger, 532 Bad Godesberg,
Postfach 821, Goethestraße 54, Tel. 6 35 51

Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz — KVNG)

Gliederung

§§

Artikel 1

Neufassung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung

ERSTER ABSCHNITT

Aufgabe der Versicherung und Kreis der versicherten Personen

	§§
A. Aufgabe der Versicherung	165
B. Kreis der versicherten Personen	166 bis 175
I. Versicherungspflicht	166 bis 170
1. Umfang der Versicherungspflicht	166
2. Ausnahmen von der Versicherungspflicht	167 bis 170
II. Freiwillige Versicherung	171 bis 174
1. Weiterversicherung	171
2. Versicherungsberechtigung	172 bis 173
3. Erlöschen der freiwilligen Versicherung	174
III. Formale Versicherung	175

ZWEITER ABSCHNITT

Leistungen der Versicherung

	§§
I. Arten der Leistungen	176
II. Vorsorgehilfe	177 bis 182
III. Krankenhilfe	183 bis 206
IV. Mutterschaftshilfe	207 bis 215
V. Familienhilfe	216 bis 218
VI. Sterbegeld	219 bis 220
VII. Gemeinsame Vorschriften	221 bis 233

§§

DRITTER ABSCHNITT

Träger der Versicherung

A. Arten der Krankenkassen 234 bis 256

I. Ortskrankenkassen 235 bis 237

II. Landkrankenkassen 238 bis 240

III. Betriebskrankenkassen 241 bis 246

IV. Innungskrankenkassen 247 bis 251

V. See-Krankenkasse 252

VI. Knappschaften 253

VII. Ersatzkassen 254 bis 256

B. Verfahren bei Errichtung, Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen 257 bis 269

I. Errichtung 257 bis 260

II. Vereinigung 261

III. Ausscheidung, Auflösung, Schließung 262 bis 268

IV. Anhörung der Ortskrankenkassen 269

VIERTER ABSCHNITT

Verfassung

I. Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung 270 bis 280

II. Mitgliedschaft 281 bis 288

III. Satzung 289 bis 293

IV. Rechte und Pflichten der Organe 294 bis 295

FÜNFTER ABSCHNITT

Meldungen, Aufbringung und Verwaltung der Mittel

I. Meldungen 296 bis 301

II. Aufbringung der Mittel und Bemessung der Beiträge 302 bis 313

III. Zahlung der Beiträge 314 bis 323

		§§
IV.	Überwachung der Beitragsentrichtung; Auskunftspflicht	324 bis 327
V.	Rückzahlung des besonderen Beitrags	328
VI.	Besonderheiten für das Beitragswesen	329 bis 332
VII.	Verwaltung der Mittel	333 bis 334
VIII.	Rücklagen der Krankenkassen	335 bis 338
IX.	Auftragsangelegenheiten	339 bis 340

SECHSTER ABSCHNITT

Besonderheiten für einzelne Personengruppen

I.	Allgemeine Vorschrift	341
II.	Hausgehilfen	342
III.	Unständig Beschäftigte	343
IV.	Reisegewerbe	344 bis 348
V.	In Heimarbeit Beschäftigte	349 bis 352
VI.	Lehrlinge	353
VII.	Seeleute	354 bis 364
VIII.	Deutsche Beschäftigte bei Arbeitgebern, die nicht der deutschen Gerichtsbarkeit unterstehen	365

SIEBENTER ABSCHNITT

Kassenverbände

I.	Bezirksverbände	366 bis 369
II.	Landes- und Bundesverbände	370 bis 379

ACHTER ABSCHNITT

Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte

I.	Kassenärzte und Kassenzahnärzte	380 bis 404
II.	Vertrauensärzte	405 bis 415

§§

NEUNTER ABSCHNITT

Verhältnis zu Dritten

I.	Verhältnis zu Krankenhäusern	416 bis 419
II.	Verhältnis zu Apotheken	420
III.	Verhältnis zu Hebammen, Krankenpflege- und Hauspflegepersonen	421 bis 422
IV.	Verhältnis zu Angehörigen sonstiger Heilberufe und zu Lieferanten	423

ZEHNTER ABSCHNITT

Aufsicht 424 bis 428

ELFTER ABSCHNITT

Strafen und Zwangsgeld 429 bis 435

Artikel 2

Änderung von Gesetzen 1 bis 16

Artikel 3

Überleitungsvorschriften

I.	Kreis der versicherten Personen	1 bis 6
II.	Leistungen der Versicherung	7 bis 12
III.	Träger der Versicherung	13 bis 14
IV.	Aufbringung und Verwaltung der Mittel	15 bis 19
V.	Kassenverbände	20 bis 23
VI.	Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte	24 bis 32
VII.	Aufsicht	33

§§

Artikel 4

Übergangsvorschriften

I. Recht der Selbstverwaltung 1 bis 3

II. Weitergeltung von Vorschriften 4 bis 13

III. Verfahren für die Befreiung von der Versicherungspflicht 14

Artikel 5

Geltung im Land Berlin und Stadtstaaten-Klausel 1 bis 2

Artikel 6

Schlußvorschriften 1 bis 4

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Neufassung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung

Das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung wird wie folgt neu gefaßt:

„ZWEITES BUCH Krankenversicherung

ERSTER ABSCHNITT Aufgabe der Versicherung und Kreis der versicherten Personen

A. Aufgabe der Versicherung

§ 165

Aufgabe der Krankenversicherung ist es, zur Abwendung und Früherkennung von Krankheit, bei Krankheit und Tod sowie bei Mutterschaft Leistungen nach den folgenden Vorschriften zu gewähren.

B. Kreis der versicherten Personen

I. Versicherungspflicht

1. Umfang der Versicherungspflicht

§ 166

(1) In der Krankenversicherung sind versichert

1. Arbeitnehmer, die als Arbeiter oder Angestellte gegen Entgelt, und Personen, die als Lehrlinge oder sonst zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind,
2. die in Heimarbeit Beschäftigten (§ 1 Abs. 1 des Heimarbeitsgesetzes vom 14. März 1951 — Bundesgesetzbl. I S. 191) sowie die in § 1 Abs. 2 Buchstabe a bis d des Heimarbeitsgesetzes bezeichneten Personen, wenn sie hinsichtlich der Entgeltregelung gleichgestellt sind,
3. Arbeitslose nach näherer Bestimmung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung,
4. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Versichertenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten erfüllen, diese Rente beantragt haben und während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenantrages mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren,
5. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, während der letzten fünf Jahre vor dem Tode mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert war.

(2) Voraussetzung der Versicherung für die in Absatz 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen ist, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 1 bis 3 oder freiwillig bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder Mitglieder nach §§ 285 bis 287 sind, für die in Absatz 1 Nr. 5 genannten Personen ferner, daß sie nicht nach Absatz 1 Nr. 4 oder nach den Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes für den Fall der Krankheit versichert sind.

2. Ausnahmen von der Versicherungspflicht

§ 167

(1) Versicherungsfrei sind

1. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Personen, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 9000 Deutsche Mark übersteigt,
2. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Personen, wenn sie in Betrieben oder im Dienst des Bundes, der Länder, der Gemeinden, von Gemeindeverbänden, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften beschäftigt sind und nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen für den Fall der Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Gewährung von Beihilfen haben,
3. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Personen, wenn sie an privaten genehmigten Ersatzschulen als hauptamtliche Lehrer beschäftigt sind und auf Grund gesetzlicher Vorschriften nach beamtenrechtlichen Grundsätzen für den Fall der Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Gewährung von Beihilfen haben,
4. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Personen, wenn sie bei ihrem Ehegatten oder bei Verwandten ersten Grades beschäftigt sind,

5. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Personen, wenn sie während ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder einer ähnlichen der wissenschaftlichen Ausbildung dienenden Schule oder wenn sie zur Ausbildung für ihren zukünftigen Beruf nach Abschluß des Hochschulstudiums gegen Entgelt beschäftigt sind,
6. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Personen, wenn sie ein Altersruhegeld aus der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten oder der knappschaftlichen Rentenversicherung beziehen, vom Tage der Zustellung des die Rente gewährenden Bescheides an, frühestens mit Beginn der Rente,
7. die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Personen, wenn sie aus einer der in Nummern 2 oder 3 bezeichneten Beschäftigungen Ruhegehalt oder Witwengeld oder ähnliche Bezüge erhalten und für den Fall der Krankheit Anspruch auf Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben,
8. Mitglieder geistlicher Orden und Genossenschaften, Diakonissen, ordentliche Mitglieder der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz, Schulschwestern und ähnliche Personen, wenn sie sich mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen und ihnen von ihrer Gemeinschaft Fürsorge gewährleistet ist, die der Art nach den in § 176 bezeichneten Leistungen entspricht.

(2) Der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst bestimmt sich nach dem Entgelt, das sich voraussichtlich für ein Jahr aus dem Arbeitsverhältnis regelmäßig ergibt. Zuschläge aller Art, einmalige Zuwendungen und Vergütungen für Mehrarbeit bleiben außer Betracht. Entgelt aus mehreren Beschäftigungen wird zusammengerechnet, es sei denn, daß es nach § 304 Abs. 4 bei der Berechnung der Beiträge außer Betracht bleibt.

(3) Wird die Jahresarbeitsverdienstgrenze überschritten, so endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Monats des Überschreitens. Bei rückwirkender Erhöhung des Entgelts gilt als Monat des Überschreitens der Monat, in dem das erhöhte Entgelt erstmals gezahlt wird.

§ 168

Versicherungsfrei sind

1. selbständig Erwerbstätige,
2. Beamte im Sinne der Beamtengesetze des Bundes und der Länder sowie Richter des Bundes und der Länder,
3. Geistliche der Kirchen und der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften,
4. Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten der Bundeswehr,
5. Bezieher von Ruhegehalt oder Witwengeld oder ähnlichen Bezügen, die für den Fall der Krankheit Anspruch auf Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften haben,

auch wenn sie nebenher eine Beschäftigung ausüben, die Versicherungspflicht begründen würde.

§ 169

(1) Versicherungsfrei sind Personen, die berufsmäßig eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nicht ausüben, eine solche aber als Nebenbeschäftigung übernehmen. Eine Nebenbeschäftigung liegt vor, wenn die Beschäftigung ausgeübt wird

1. nur gelegentlich, insbesondere zur Aushilfe, für eine Zeitdauer, die im Laufe eines Jahres seit ihrem Beginn auf nicht mehr als zwei Monate oder insgesamt fünfzig Arbeitstage nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch Vertrag beschränkt ist, oder
2. zwar laufend oder in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur gegen ein Entgelt, das durchschnittlich im Monat ein Achtel der für Monatsbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze oder bei höherem Entgelt ein Fünftel des Gesamteinkommens nicht überschreitet.

(2) Wird bei einer Nebenbeschäftigung die in Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 angegebene Zeitdauer überschritten, so tritt von der Überschreitung an Versicherungspflicht ein.

§ 170

Versicherungsfrei sind Personen, die

1. auf Seeschiffen, die nach dem Flaggenrechtsgesetz vom 8. Februar 1951 (Bundesgesetzbl. I S. 79) die Bundesflagge führen, oder auf Binnenschiffen, die im Geltungsbereich dieses Gesetzes beheimatet sind, Dienstleistungen im Ausland ausführen, wenn sie nicht Mitglieder der Besatzung sind,
2. bei ausländischen Eisenbahnverwaltungen beschäftigt sind, soweit sie Dienstleistungen in Eisenbahnbetrieben im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausführen,
3. bei ausländischen Betrieben im Ausland beschäftigt sind, soweit sie vorübergehende Dienstleistungen ihres Betriebes im Geltungsbereich dieses Gesetzes verrichten,
4. keine oder eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen, im Geltungsbereich dieses Gesetzes keinen Wohnsitz oder ständigen Aufenthaltsort haben und auf deutschen Seefahrzeugen Dienst tun, die nur im Verkehr zwischen ausländischen Häfen eingesetzt sind,
5. zur Besatzung ausländischer Schiffe gehören, die im Binnenschiffsverkehr nur gelegentlich deutsche Wasserstraßen befahren; ob diese Voraussetzung zutrifft, entscheidet die Ortskrankenkasse, in deren Bezirk das Schiff bei Überfahren der Grenze zuerst eintritt.

II. Freiwillige Versicherung

1. Weiterversicherung

§ 171

(1) Personen, die während der vergangenen fünf Jahre mindestens zweiundfünfzig Wochen versichert waren und aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können ihre Versicherung freiwillig fortsetzen.

(2) Wer die Versicherung nach Absatz 1 freiwillig fortsetzen will, muß dies der Kasse binnen eines Monats nach Beendigung der Mitgliedschaft anzeigen.

2. Versicherungsberechtigung

§ 172

(1) Der Versicherung können freiwillig beitreten, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen (§ 174 Abs. 3) 9000 Deutsche Mark nicht übersteigt,

1. die in § 167 Abs. 1 Nr. 4, 8 und § 168 Nr. 3 genannten Personen,
2. Personen, die sich in der Ausbildung für den Beruf der Hebamme oder einen Heilhilfsberuf befinden, der eine staatlich geregelte Ausbildung hat, einschließlich der Ausbildung an entsprechenden Vorschulen,
3. Personen, die sich in Berufsausbildung befinden, solange sie eine praktische Ausbildung durch Besuch einer Fachschule unterbrechen,
4. Personen, die nach Beendigung ihres Dienstverhältnisses als Soldat auf Zeit auf Kosten des Bundes an einer Ausbildung oder Weiterbildung für das spätere Berufsleben teilnehmen,
5. Empfänger von Waisenrenten aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten, die nicht zu den in § 166 Abs. 1 Nr. 5 genannten Personen gehören,
6. Personen, die selbständig einen Beruf ausüben und nicht mehr als zwei versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen.

(2) Die Satzung kann den Beitritt von der Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses für den Versicherungsberechtigten und seine Angehörigen, für die ihm Familienhilfe zustehen würde, abhängig machen. Die Kasse kann Versicherungsberechtigte, die sich zum Beitritt melden, und deren Angehörige ärztlich untersuchen lassen. Sie kann binnen eines Monats den Beitritt mit Wirkung von der Antragstellung an zurückweisen, wenn der Versicherungsberechtigte oder sein Ehegatte erkrankt ist oder das Gesundheitszeugnis nicht genügt.

(3) Der Versicherung kann nicht beitreten, wer im Zeitpunkt der Antragstellung das vierzigste Lebensjahr überschritten hat.

§ 173

(1) Der Versicherung können ferner freiwillig beitreten

1. der überlebende Ehegatte eines Versicherten,
2. der geschiedene Ehegatte eines bei Eintritt der Rechtskraft des Scheidungsurteils Versicherten.

Die in § 172 Abs. 1 genannte Einkommensgrenze sowie § 172 Abs. 2 und 3 gelten nicht.

(2) Der Beitritt ist binnen eines Monats nach dem Tode des Versicherten oder nach Eintritt der Rechtskraft des Scheidungsurteils zu beantragen. Wird der Beitritt verspätet beantragt, so kann die Kasse den Beitritt gestatten, wenn die Verspätung nicht auf Verschulden des Berechtigten beruht.

(3) Wird die Ehe aufgehoben oder für nichtig erklärt, so gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

3. Erlöschen der freiwilligen Versicherung

§ 174

(1) Übersteigt das jährliche Gesamteinkommen 15 000 Deutsche Mark, so erlischt die freiwillige Versicherung mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Kasse das Überschreiten nach § 301 zu melden ist.

(2) Die freiwillige Versicherung erlischt nicht, wenn der Versicherte in dem Zeitpunkt, in dem er nach Absatz 1 aus der Versicherung ausscheiden würde, mindestens zwanzig Jahre bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war oder das vierzigste Lebensjahr vollendet hat.

(3) Als jährliches Gesamteinkommen gilt bei Arbeitnehmern, die nicht zur Einkommensteuer veranlagt werden, der im vorangegangenen Kalenderjahr bezogene Arbeitslohn, vermindert um die tatsächlichen Werbungskosten, mindestens um den Pauschbetrag und um die Kinderfreibeträge, bei allen übrigen Versicherten der Gesamtbetrag der Einkünfte, der der letzten Veranlagung zur Einkommensteuer zugrunde gelegen hat, vermindert um die Kinderfreibeträge.

III. Formale Versicherung

§ 175

Als Versicherte nach § 166 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 gelten

1. Personen, die eine Versichertenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben und während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenantrages mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren,
2. Personen, die eine Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der

Rentenversicherung der Angestellten beantragt haben, wenn die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, während der letzten fünf Jahre vor dem Tode mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert war,

bis endgültig festgestellt wird, daß sie die Voraussetzungen für den Bezug der Rente nicht erfüllen.

ZWEITER ABSCHNITT

Leistungen der Versicherung

I. Arten der Leistungen

§ 176

Leistungen der Versicherung sind

1. Vorsorgehilfe,
2. Krankenhilfe,
3. Mutterschaftshilfe,
4. Familienhilfe,
5. Sterbegeld.

II. Vorsorgehilfe

§ 177

Die Vorsorgehilfe umfaßt

ärztliche Vorsorgeuntersuchungen,
zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen,
Vorsorgekuren,
andere Maßnahmen im Einzelfall sowie
allgemeine Maßnahmen.

§ 178

(1) Versicherte, die das fünfunddreißigste Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Früherkennung von Krankheiten innerhalb von je drei Jahren einmal ärztlich untersuchen lassen. § 185 Abs. 1 und 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(2) Die Satzung kann die Untersuchungen nach Absatz 1 innerhalb kürzerer Zeiträume und für weitere Altersgruppen zulassen. Sie kann bestimmte Untersuchungen für einzelne Berufs- oder Personengruppen vorsehen.

§ 179

Die Versicherten können sich jährlich einmal von einem Zahnarzt untersuchen lassen, wenn sie nicht innerhalb des letzten halben Jahres vom Zahnarzt behandelt worden sind. § 185 Abs. 1 und 2 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 180

(1) Die Kasse kann eine Vorsorgekur oder Zuschüsse dazu gewähren, wenn nach ärztlichem Gutachten zu befürchten ist, daß der Versicherte in absehbarer Zeit arbeitsunfähig wird. Während der Kur ist Krankengeld nach § 204 zu zahlen, wenn bei Arbeitsunfähigkeit darauf Anspruch bestünde.

(2) Vorsorgekuren oder Zuschüsse dürfen nur gewährt werden, wenn der Versicherte in einem unter ärztlicher Aufsicht stehenden Kurheim untergebracht wird.

(3) § 195 Abs. 1 gilt entsprechend.

(4) Vorsorgekuren sollen nur gewährt werden, wenn der zuständige Träger der Rentenversicherung eine entsprechende Maßnahme noch nicht eingeleitet hat.

§ 181

(1) Die Kasse kann zur Abwendung von Krankheiten Einzelmaßnahmen, insbesondere Schutzimpfungen, kieferorthopädische oder orthopädische Maßnahmen, oder Zuschüsse dazu für alle oder für Gruppen von Versicherten gewähren.

(2) Soweit Maßnahmen der in Absatz 1 bezeichneten Art von Gesundheitsbehörden durchzuführen sind oder durchgeführt werden, darf die Kasse sie nicht gewähren.

§ 182

Die Kasse kann mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Mittel für Zwecke der allgemeinen Krankheitsverhütung verwenden.

III. Krankenhilfe

§ 183

Die Krankenhilfe umfaßt

Krankenpflege,
Krankenhauspflege,
Krankengeld sowie
Genesendenfürsorge.

§ 184

(1) Krankenpflege wird vom Beginn der Krankheit an gewährt; sie umfaßt ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heilmitteln und Brillen sowie Zuschüsse zu Zahnersatz und Hilfsmitteln. Sie endet spätestens einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft.

(2) Die Krankenpflege muß ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Leistungen, die für die Erkennung der Krankheit, für die Erzielung des Heilerfolges oder zur Linderung der Krankheitsbeschwerden nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können die Versicherten nicht beanspruchen.

§ 185

(1) Ärztliche Behandlung wird durch Ärzte gewährt, die an der kassenärztlichen Versorgung (§ 381) teilnehmen.

(2) Der Versicherte kann den Arzt frei wählen. Andere als die in Absatz 1 genannten Ärzte dürfen nur in Notfällen beansprucht werden.

(3) Wählt der Versicherte ohne triftigen Grund einen anderen als einen der nächsterreichbaren Ärzte, so hat er die Mehrkosten zu tragen.

(4) Soweit sich diese und die folgenden Vorschriften auf die Inanspruchnahme von Ärzten beziehen, gelten sie entsprechend für die Inanspruchnahme von Zahnärzten.

§ 186

(1) Bei Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung hat der Versicherte dem Arzt eine Mitgliedsbescheinigung seiner Kasse auszuhändigen. In dringenden Fällen kann die Mitgliedsbescheinigung nachgebracht werden.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates Form und Inhalt der Mitgliedsbescheinigung bestimmen.

§ 187

(1) Bei der Abnahme von Arznei- und Verbandmitteln hat der Versicherte zehn vom Hundert der Kosten der Verordnungen auf einem Verordnungsblatt, mindestens eine Deutsche Mark, höchstens drei Deutsche Mark, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten, an die abgebende Stelle zu zahlen. Ein Verordnungsblatt darf nicht mehr als drei Arzneimittelverordnungen enthalten.

(2) Die Kasse kann Versicherte in Härtefällen von der Zahlung befreien. Ein Härtefall kann insbesondere dann angenommen werden, wenn bei geringem Einkommen, längerer Krankheit, Häufung von Krankheiten in der Familie oder bei Bedarf an besonders aufwendigen Arzneimitteln die Lebenshaltung des Versicherten oder seiner Familie durch die Zahlung unzumutbar beeinträchtigt würde.

§ 188

Mittel, die ihrer Art nach der Körperpflege oder als Genußmittel zu dienen bestimmt sind, dürfen nicht gewährt werden.

§ 189

Bei der Abnahme von Heilmitteln und Brillen hat der Versicherte fünfundzwanzig vom Hundert der Kosten an die abgebende Stelle zu zahlen. § 187 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 190

Ist Zahnersatz notwendig, so erhält der Versicherte zu den Kosten des Zahnersatzes einen Zuschuß, dessen Höhe die Satzung bestimmt. Für Versicherte, die sich regelmäßig zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und der notwendigen zahnärztlichen Behandlung unterzogen haben, hat die Satzung einen höheren Zuschuß vorzusehen.

§ 191

Zu Hilfsmitteln bei Verunstaltung oder Körperbehinderung gewährt die Kasse einen Zuschuß, dessen Höhe die Satzung bestimmt.

§ 192

(1) An Stelle der entsprechenden Leistungen der Krankenpflege hat die Kasse Krankenhauspflege zu gewähren, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich ist, um die Krankheit zu erkennen oder zu behandeln. § 184 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Dem Versicherten steht die Wahl unter den für ihn nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäusern frei, die mit Kassen Verträge abgeschlossen haben. In Notfällen kann auch ein Krankenhaus in Anspruch genommen werden, das Verträge mit Kassen nicht abgeschlossen hat; dem Versicherten werden die entstandenen Kosten von der Kasse erstattet.

(3) Ist die Einweisung in ein Krankenhaus erforderlich, um eine Krankheit zu erkennen, so gilt Absatz 2 Satz 1 nicht. Lehnt der Versicherte die Einweisung ab, so kann die Kasse für die Dauer der Weigerung die Leistungen für diesen Krankheitsfall ganz oder teilweise versagen.

§ 193

(1) Ist die Aufnahme in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar, oder liegt ein triftiger Grund vor, den Kranken im Haushalt oder in seiner Familie zu belassen, so hat die Kasse die Kosten zu erstatten, die durch die Inanspruchnahme von Krankenpflegepersonen entstehen. Das gleiche gilt von den Kosten für Hauspflegepersonen, wenn diese einer Organisation angehören, die von den Ländern, Gemeinden, Gemeindeverbänden oder Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege einschließlich ihrer Untergliederungen, Einrichtungen oder Anstalten getragen wird.

(2) Die Kasse kann die Kosten für die Inanspruchnahme von Krankenpflegepersonen erstatten, wenn der Versicherte nach ärztlichem Gutachten der Pflege einer Krankenpflegeperson bedarf. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Satzung kann einen Höchstbetrag für die Erstattung dieser Kosten je Pflegetag festsetzen. Sie kann ferner bestimmen, daß auch Kosten für Hauspflegepersonen anderer Träger der Hauspflege erstattet werden.

§ 194

(1) Die Kasse kann einen Zuschuß gewähren, wenn die Voraussetzungen des § 192 Abs. 1 nicht zutreffen, die Aufnahme in ein Krankenhaus aber aus besonderen Gründen erforderlich erscheint.

(2) Die Kasse hat dem Versicherten den für die notwendige Krankenhauspflege erforderlichen Betrag als Zuschuß zu gewähren, wenn der Versicherte eine höhere Pflegeklasse in Anspruch nimmt.

(3) Nimmt der Versicherte ohne triftigen Grund ein anderes als eines der für ihn nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser in Anspruch, so zahlt die Kasse einen Zuschuß, dessen Höhe die Satzung bestimmt. Es ist mindestens der Betrag zu zahlen, der bei Inanspruchnahme des nächsterreichbaren preisgünstigsten Krankenhauses entstanden wäre, jedoch

nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Ein triftiger Grund liegt auch vor, wenn in den nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäusern seelsorgerische Betreuung nach den religiösen Bedürfnissen des Kranken nicht zugelassen ist.

(4) Die Zuschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 werden an Stelle von Krankenhauspflege gewährt. Das gilt auch für die Erstattung nach § 192 Abs. 2 Satz 2.

(5) Die Kasse kann den Zuschuß unmittelbar an das Krankenhaus zahlen.

§ 195

(1) Der Versicherte hat bei Krankenhauspflege für jeden Pflegetag drei Deutsche Mark an das Krankenhaus zu zahlen, solange er kein Krankengeld erhält.

(2) Erstattet die Kasse nach § 192 Abs. 2 Satz 2 die Kosten oder gewährt sie Zuschüsse nach § 194 Abs. 2 und 3, so sind hiervon die Beträge nach Absatz 1 abzuziehen.

(3) § 187 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 196

(1) Krankenhauspflege wird zeitlich unbegrenzt gewährt, für dieselbe Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren. Tritt während des Krankenhausaufenthalts eine weitere Krankheit hinzu, so wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

(2) Erstattet die Kasse nach § 192 Abs. 2 Satz 2 die Kosten oder gewährt sie Zuschüsse nach § 194, so gelten Zeiten des Bezugs dieser Leistungen als Zeiten der Krankenhauspflege nach Absatz 1.

§ 197

Der Versicherte erhält Krankengeld, wenn er wegen Krankheit arbeitsunfähig ist; es beträgt fünfundsechzig vom Hundert des Regellohns. Hat der Versicherte Angehörige, für die ihm Familienhilfe zusteht, so erhöht sich das Krankengeld für den ersten Angehörigen um vier vom Hundert und für jeden weiteren Angehörigen um je drei vom Hundert des Regellohns. Das Krankengeld darf fünfundsiebzig vom Hundert des Regellohns nicht übersteigen.

§ 198

(1) Als Regellohn gilt der auf den Wochentag entfallende Teil des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelts der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Krankengeldgewährung. Zeiten, in denen kein Entgelt gezahlt oder Kurzarbeitergeld oder Schlechtwettergeld gewährt wurde, bleiben außer Betracht. Hat das Beschäftigungsverhältnis noch nicht drei Kalendermonate gedauert, so ist das erzielte Entgelt oder, wenn ein solches nicht vorhanden ist, das Entgelt eines gleichartigen Beschäftigten zugrunde zu legen.

(2) Das Krankengeld ist für Wochentage an den im Betrieb üblichen Lohn- oder Gehaltszahltagen zu zahlen. Die Satzung kann andere Zahltage vorsehen.

(3) Der Arbeitgeber hat der Kasse die für die Berechnung des Krankengeldes erforderlichen Angaben zu machen.

§ 199

(1) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 3 genannten Versicherten erhalten Krankengeld nach § 110 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung.

(2) Arbeitsunfähige, deren Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts gegen den Arbeitgeber deshalb entfällt, weil im Betrieb Stillegungsvergütung oder Schlechtwettergeld gewährt wird, erhalten Krankengeld in Höhe des Betrages, den sie erhalten würden, wenn sie nicht arbeitsunfähig wären.

(3) Versicherte, deren Anspruch auf Kurzarbeitergeld wegen Arbeitsunfähigkeit entfällt, erhalten Krankengeld nach §§ 197, 198. Das Krankengeld wird um den Betrag des für die gleiche Zeit gezahlten Arbeitsentgelts gekürzt.

§ 200

Krankengeld wird zeitlich unbegrenzt gewährt, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens achtundsiebzig Wochen innerhalb von je drei Jahren. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, so wird die Leistungsdauer nicht verlängert.

§ 201

(1) Der Anspruch auf Krankengeld endet mit dem Tage der Zustellung des Bescheids, mit dem Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder Altersruhegeld von einem Träger der Rentenversicherung gewährt wird, frühestens mit Beginn der Rente. Wird Rente rückwirkend gewährt, so geht der Anspruch auf Rente bis zur Höhe des für den gleichen Zeitraum gezahlten Krankengeldes auf die Kasse über.

(2) Tritt Berufsunfähigkeit mit oder während der Arbeitsunfähigkeit ein und wird dem Versicherten Rente wegen Berufsunfähigkeit von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt, so ist während dieser Arbeitsunfähigkeit das Krankengeld um den Betrag der für den gleichen Zeitraum gewährten Rente zu kürzen; bei rückwirkender Gewährung der Rente geht insoweit der Rentenanspruch auf die Kasse über. Entsprechendes gilt für die Bergmannsrente nach § 45 Abs. 1 Nr. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes.

(3) Der Anspruch auf Krankengeld entfällt, solange von einem Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld oder solange Einkommensausgleich nach § 17 Abs. 4 des Bundesversorgungsgesetzes gewährt wird. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Ist auf Grund eines ärztlichen Gutachtens der Versicherte als erwerbsunfähig anzusehen oder sind die Voraussetzungen für den Bezug des Alters-

ruhegeldes wegen Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres erfüllt, so kann die Kasse nach Ablauf von drei Monaten, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an, dem Versicherten eine Frist von einem Monat setzen, innerhalb deren er den Antrag auf Rente zu stellen hat. Stellt der Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, so entfällt der Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf der Frist.

(5) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten haben im übrigen keinen Anspruch auf Krankengeld.

§ 202

(1) Der Anspruch auf Krankengeld ruht, wenn der Versicherte während der Krankheit Arbeitsentgelt oder Krankenbezüge nach dem Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung erhält. Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankengeld gelten nicht als Arbeitsentgelt; übersteigen Krankengeld und Zuschuß das um die gesetzlichen Lohnabzüge verminderte regelmäßige Arbeitsentgelt, so wird das Krankengeld um den übersteigenden Betrag gekürzt.

(2) Erfüllt der Arbeitgeber während der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten dessen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht, so geht der Anspruch des Versicherten gegen den Arbeitgeber in Höhe des gezahlten Krankengeldes auf die Kasse über.

§ 203

Der Versicherte hat die Arbeitsunfähigkeit seiner Kasse innerhalb von drei Tagen zu melden. Wird die Meldung später erstattet, so ruht der Anspruch auf Krankengeld bis zum Tage des Eingangs der Meldung. Hat der Versicherte die Verspätung der Meldung nicht verschuldet, so hat die Kasse auf Antrag das Krankengeld nachzuzahlen.

§ 204

(1) Wird einem Versicherten Krankenhauspflege oder ein Zuschuß hierfür gewährt, so beträgt das Krankengeld während dieser Zeit fünfzig vom Hundert des Krankengeldes nach den §§ 197 oder 199. Für Versicherte mit Angehörigen, für die ihnen Familienhilfe zusteht, beträgt es bei einem Angehörigen achtzig vom Hundert und erhöht sich für jeden weiteren Angehörigen um fünf vom Hundert; es darf den Betrag, der sich nach §§ 197 oder 199 ergibt, nicht übersteigen.

(2) Das Krankengeld kann unmittelbar an die Angehörigen gezahlt werden, soweit es den sich nach Absatz 1 Satz 1 ergebenden Betrag übersteigt.

§ 205

(1) Die Kasse kann das Krankengeld ganz oder teilweise versagen, wenn der Anspruchsberechtigte

1. sich die Krankheit
   a) absichtlich oder
   b) durch schuldhafte Beteiligung an einer Schlägerei oder
   c) beim Begehen einer strafbaren Handlung, die als Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen oder in § 315 a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 316 Abs. 2 des Strafgesetzbuches mit Strafe bedroht ist,

   zugezogen hat,
2. die zumutbare Mitwirkung bei der Untersuchung durch den Vertrauensarzt verweigert,
3. den ihm nach § 4 des Lohnfortzahlungsgesetzes obliegenden Verpflichtungen schuldhaft nicht nachkommt.

(2) Die Versagung nach Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe c ist nur zulässig, wenn der Anspruchsberechtigte wegen der strafbaren Handlung rechtskräftig verurteilt worden ist oder wenn ein Strafverfahren aus anderen Gründen als wegen Mangels an Beweisen nicht eingeleitet oder durchgeführt worden ist. Die Kasse kann das Krankengeld vorläufig versagen, bis feststeht, ob die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen.

§ 206

(1) Die Kasse kann nach vorausgegangener schwerer Krankheit eine Genesungskur oder Zuschüsse dazu gewähren, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Sicherung des Heilerfolges notwendig erscheint. § 180 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 sowie § 195 gelten entsprechend.

(2) Absatz 1 ist nicht anzuwenden, wenn ein Träder der Rentenversicherung oder ein Träger der Unfallversicherung Heilbehandlung wegen derselben Krankheit gewährt hat.

IV. Mutterschaftshilfe

§ 207

Die Mutterschaftshilfe umfaßt

ärztliche Betreuung und Hilfe sowie Hebammenhilfe,

Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,

Pauschbeträge für die im Zusammenhang mit der Entbindung entstehenden Aufwendungen,

Pflege in einer Entbindungs- oder Krankenanstalt sowie Mutterschaftsgeld.

§ 208

(1) Die Versicherte hat während der Schwangerschaft Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe.

(2) Bei der Entbindung wird Hilfe durch eine Hebamme und, falls erforderlich, durch einen Arzt gewährt.

§ 209

Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung werden Arznei-, Verband- und Heilmittel gewährt. §§ 187 und 189 gelten nicht.

§ 210

(1) Für die im Zusammenhang mit der Entbindung entstehenden sonstigen Aufwendungen wird ein Pauschbetrag von 100 Deutsche Mark gewährt.

(2) Bei Mehrlingsgeburten ist der Pauschbetrag mehrfach zu zahlen.

§ 211

(1) An Stelle der Hälfte des Pauschbetrages nach § 210 hat die Kasse der Versicherten für längstens zehn Tage Pflege in einer Entbindungs- oder Krankenanstalt zu gewähren. Daneben wird Krankenhauspflege nicht gewährt.

(2) § 192 Abs. 2 und § 194 Abs. 2 bis 5 gelten entsprechend.

§ 212

(1) Versicherungpflichtige, die bei Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes vom 24. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 69) in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft zulässig gekündigt worden ist, erhalten Mutterschaftsgeld. Voraussetzung ist, daß in der Zeit zwischen dem zehnten und dem vierten Monat einschließlich dieser Monate vor der Entbindung für mindestens 6 Wochen Versicherungspflicht oder ein Arbeitsverhältnis bestanden hat.

(2) Das Mutterschaftsgeld wird in Höhe des um die gesetzlichen Abzüge verminderten Regellohns gewährt; § 198 gilt entsprechend. Es beträgt mindestens 3,50 Deutsche Mark für den Wochentag.

(3) Das Mutterschaftsgeld wird für die Zeit vor der Entbindung, in der ein Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes besteht und für acht zusammenhängende Wochen, bei Frühgeburten für zwölf zusammenhängende Wochen, unmittelbar nach der Entbindung gewährt. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der voraussichtliche Tag der Entbindung angegeben ist. Das Zeugnis darf nicht früher als eine Woche vor Beginn des Beschäftigungsverbots ausgestellt sein. Irrt sich der Arzt oder die Hebamme über den Zeitpunkt der Entbindung, so verlängert sich die Bezugsdauer entsprechend.

§ 213

(1) Andere Versicherte, die im Fall der Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben, erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes, wenn sie in der Zeit zwischen dem zehnten und dem vierten Monat einschließlich dieser Monate vor der Entbindung mindestens sechs Wochen versichert waren. § 212 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Versicherte, die im Fall der Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Krankengeld haben oder die nach Absatz 1 geforderte Versicherungszeit nicht erfüllen, erhalten bei der Entbindung Mutterschaftsgeld als einmalige Leistung in Höhe von 100 Deutsche Mark.

§ 214

(1) Neben Mutterschaftsgeld wird Krankengeld nicht gewährt.

(2) Wenn Arbeitsentgelt gezahlt wird, ruht der Anspruch auf Mutterschaftsgeld. § 202 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Stirbt die Versicherte bei der Entbindung, so werden die in §§ 210 und 213 Abs. 2 bezeichneten Beträge an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt.

§ 215

(1) Der Bund erstattet den Kassen die nachgewiesenen Aufwendungen für das Mutterschaftsgeld nach § 212.

(2) Das Nähere über den Nachweis sowie über die Abrechnungszeiträume und die Gewährung von Vorschüssen bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates.

V. Familienhilfe

§ 216

(1) Versicherte erhalten für den Ehegatten und die Kinder Familienhilfe, soweit diese Personen nicht einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen der in § 217 Abs. 1 bezeichneten Art haben. Voraussetzung für die Gewährung von Familienhilfe für den Ehegatten ist ferner, daß dessen Einkommen die Hälfte der für die Beitragsbemessung festgesetzten Höchstgrenze nicht übersteigt. Voraussetzung für die Gewährung von Familienhilfe für die Kinder ist ferner, daß das Einkommen des nicht versicherten Ehegatten die für die Beitragsbemessung festgesetzte Höchstgrenze nicht übersteigt.

(2) Als Kinder gelten

1. die ehelichen Kinder,
2. die in den Haushalt des Versicherten aufgenommenen Stief- und Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten überwiegend unterhalten werden,
3. die für ehelich erklärten Kinder,
4. die an Kindes Statt angenommenen Kinder,
5. die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft oder seine Unterhaltspflicht festgestellt ist,
6. die unehelichen Kinder einer Versicherten.

(3) Familienhilfe wird für Kinder bis zur Vollendung des sechzehnten Lebensjahres, für Kinder, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebens-

jahres gewährt. Im Falle der Unterbrechung oder Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch Leistung des gesetzlichen Wehrdienstes oder zivilen Ersatzdienstes des Kindes wird Familienhilfe auch für einen der Zeit dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus gewährt.

(4) Die Satzung kann Familienhilfe auch für andere Angehörige (Verwandte und Verschwägerte) vorsehen, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihm überwiegend unterhalten werden. Sieht die Satzung eine solche Bestimmung vor, so kann der Versicherte die Erstrekkung der Familienhilfe auf diese Angehörigen beantragen. Der Antrag kann zurückgewiesen werden, wenn der Angehörige erkrankt ist oder sein Gesundheitszeugnis nicht genügt.

§ 217

(1) Die Familienhilfe umfaßt

Vorsorgehilfe,
Krankenpflege,
Krankenhauspflege,
Genesendenfürsorge sowie
Mutterschaftshilfe.

(2) Diese Leistungen werden, soweit in § 218 nichts anderes bestimmt ist, unter den gleichen Voraussetzungen und in gleichem Umfang wie für Versicherte gewährt.

(3) Ist die Weiterführung des Haushalts dem Versicherten oder seinem Ehegatten wegen Krankheit, Mutterschaft oder einer Vorbeugungs- oder Genesungskur nicht möglich und nach den Umständen des Einzelfalles auf andere Weise nicht sicherzustellen, so kann die Kasse dem Versicherten zu den Kosten einer notwendigen Hauspflege einen Zuschuß gewähren, wenn im Haushalt mindestens ein dem schulpflichtigen Alter noch nicht entwachsenes Kind oder ein pflegebedürftiger Angehöriger lebt. Der Zuschuß soll nur gewährt werden, wenn die Hauspflegeperson einer Organisation angehört, die von den Ländern, Gemeinden, Gemeindeverbänden oder Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege, einschließlich ihrer Untergliederungen, Einrichtungen oder Anstalten getragen wird. Die Satzung bestimmt die Höhe und die Höchstdauer des Zuschusses. Sie kann ferner bestimmen, daß auch Kosten für Hauspflegepersonen anderer Träger der Hauspflege erstattet werden.

§ 218

(1) Versicherte erhalten für ihre Angehörigen die in § 180 vorgesehenen Leistungen nur dann, wenn nach ärztlichem Gutachten zu befürchten ist, daß die bisherige Tätigkeit in absehbarer Zeit nicht mehr ausgeübt werden kann, oder wenn bei Kindern nach ärztlichem Gutachten eine Kur zur Behebung von Entwicklungsstörungen angezeigt erscheint.

(2) Mutterschaftsgeld wird als einmalige Leistung in Höhe von 100 Deutsche Mark gewährt.

(3) § 195 gilt nicht.

VI. Sterbegeld

§ 219

(1) Beim Tode des Versicherten ist Sterbegeld in Höhe des Betrages zu zahlen, der zuletzt für die Bemessung des monatlichen allgemeinen Beitrages maßgebend war. Die Satzung kann das Sterbegeld bis zum Eineinhalbfachen erhöhen; sie kann dabei die Dauer der Mitgliedschaft berücksichtigen. Das Sterbegeld beträgt mindestens 400 Deutsche Mark.

(2) Das Sterbegeld wird an den gezahlt, der die Bestattung besorgt hat. Ist derjenige, der die Bestattung besorgt hat, nicht der Ehegatte, ein Kind, ein Elternteil, ein Bruder oder eine Schwester des Verstorbenen, so wird Sterbegeld nur bis zur Höhe der Bestattungskosten gewährt.

§ 220

Versicherte erhalten beim Tode eines Angehörigen, für den ihnen im Zeitpunkt des Todes Familienhilfe zustand, ein Sterbegeld in Höhe des sich aus § 219 ergebenden Betrages. Das Sterbegeld beträgt für Kinder bis zu zwölf Jahren die Hälfte. Bei Totgeburten kann die Satzung ein Sterbegeld zubilligen.

VII. Gemeinsame Vorschriften

§ 221

(1) Der Anspruch auf die Leistungen entsteht, soweit nichts anderes bestimmt ist, mit Beginn der Mitgliedschaft (§§ 281 bis 283).

(2) Der Anspruch auf die Leistungen entsteht für Versicherte, die der Kasse nach § 172 freiwillig beigetreten sind, nach einer Wartezeit von sechs Wochen; für eine Erkrankung, die beim Beitritt bereits besteht, ist der Anspruch auf Leistungen ausgeschlossen.

§ 222

Soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, regelt die Satzung die Auszahlung von Barleistungen.

§ 223

Für Leistungsfälle, die bereits eingetreten sind, können durch Satzungsänderung die Leistungen nicht herabgesetzt werden.

§ 224

Wird ein Versicherter nach Eintritt des Leistungsfalls Mitglied einer anderen Kasse, so hat

1. einmalige Leistungen die Kasse zu gewähren, deren Mitglied der Versicherte bei Eintritt des Leistungsfalls gewesen ist oder die die Leistungen bewilligt hat,
2. laufende Leistungen die neue Kasse mit dem Beginn der Mitgliedschaft zu übernehmen.

§ 225

(1) Zeiten des Bezugs von Krankengeld stehen Zeiten des Bezugs von Krankenhauspflege für die Berechnung der Höchstdauer dieser Leistungen gleich. Zeiten, in denen der Anspruch ruht, oder Zeiten, für die Leistungen versagt werden, gelten als Bezugszeiten.

(2) Ist ein Anspruch auf Familienhilfe oder auf Sterbegeld nach § 220 gegen mehrere Kassen oder gegen eine Kasse mehrfach begründet, so wird die Leistung nur einmal gewährt. Leistungspflichtig ist die Kasse, die zuerst in Anspruch genommen wird.

(3) Sind wegen eines Arbeitsunfalls, den der Träger der Unfallversicherung zu entschädigen hat, oder wegen anerkannter Schädigungsfolgen im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes Zahnersatz oder Hilfsmittel erforderlich, so bestehen auf diese Leistungen keine Ansprüche gegen die Kasse.

§ 226

(1) Freiwillig Versicherte erhalten, vorbehaltlich des Absatzes 2, kein Krankengeld.

(2) Freiwillig Versicherte, die während des letzten Monats vor Eintritt des Leistungsfalls in einem Arbeitsverhältnis gestanden oder eine selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, erhalten Krankengeld.

(3) Für Personen, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, ruht der Anspruch auf Krankengeld für sechs Wochen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

§ 227

(1) Die Leistungen der Versicherung mit Ausnahme des Sterbegelds ruhen, solange der Versicherte

1. sich außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhält,
2. als Soldat der Bundeswehr oder Ersatzdienstleistender Anspruch auf Geld- und Sachbezüge aus dem Wehr- oder Ersatzdienstverhältnis hat,
3. eine Freiheitsstrafe verbüßt oder sich in Untersuchungshaft befindet oder auf Grund einer Maßregel der Sicherung und Besserung untergebracht ist, wenn er nicht während dieser Zeit versicherungspflichtig beschäftigt ist,
4. in einer Anstalt dauernd zur Pflege untergebracht ist, in der er im Rahmen seiner gesamten Betreuung Krankenpflege erhält, hinsichtlich derjenigen Krankheit, deretwegen er in die Anstalt aufgenommen worden ist,
5. auf Grund richterlicher Entscheidung in einem Krankenhaus oder in einer ähnlichen Anstalt aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung untergebracht oder zurückgehalten wird.

In den Fällen des Satzes 1 Nr. 3 bis 5 ist Krankengeld nach § 204 zu gewähren, wenn der Versicherte wegen Krankheit arbeitsunfähig ist. Im Falle des Satzes 1 Nr. 3 kann das gesamte Krankengeld abweichend von § 204 Abs. 2 an die Angehörigen gezahlt werden.

(2) Hat der Versicherte im Geltungsbereich dieses Gesetzes Angehörige, für die ihm Familienhilfe zusteht, so ist diese zu gewähren.

(3) Die Leistungen der Familienhilfe ruhen für einen Angehörigen, bei dem einer der in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1, 3 bis 5 bezeichneten Tatbestände vorliegt.

§ 228

(1) Erkrankt ein Versicherter während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes, so erhält er die nachgewiesenen Aufwendungen bis zur Höhe des Betrages erstattet, der für die Krankenpflege im Geltungsbereich dieses Gesetzes entstanden wäre. In besonderen Fällen kann die Kasse auch Krankengeld gewähren. Ist die Aufnahme in ein Krankenhaus erforderlich, so erhält der Versicherte in entsprechender Anwendung des § 194 Abs. 3 einen Zuschuß; § 204 gilt.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn sich ein Versicherter nach Eintritt des Leistungsfalls vorübergehend außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhält; hat der Versicherte mit Zustimmung der Kasse den Geltungsbereich dieses Gesetzes verlassen, so ruht der Anspruch auf Krankengeld nicht.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten sinngemäß, wenn sich Angehörige eines Versicherten, für die ihm Familienhilfe zusteht, vorübergehend außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhalten.

(4) Ansprüche nach den Absätzen 1 bis 3 gehen auf den Bund über, soweit seine Auslandsvertretungen für notwendige Krankenpflege oder Krankenhauspflege einem Versicherten oder seinen Angehörigen, für die ihm Familienhilfe zusteht, Mittel gewährt haben. § 1539 gilt entsprechend.

§ 229

§ 228 gilt entsprechend für die Mutterschaftshilfe, wenn sich eine Versicherte oder Angehörige eines Versicherten, für die ihm Familienhilfe zusteht, nach Eintritt der Schwangerschaft vorübergehend außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhalten.

§ 230

(1) Erkrankt ein versicherter Arbeitnehmer während seiner Beschäftigung außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes, so erhält er die ihm bei seiner Kasse zustehenden Leistungen der Krankenhilfe vom Arbeitgeber. Dieser hat unverzüglich den Eintritt des Leistungsfalls der Kasse mitzuteilen und soll deren Wünsche wegen der Art der Hilfeleistung befolgen; die Kasse kann die Hilfeleistung selbst übernehmen.

(2) Die Kasse hat dem Arbeitgeber die nachgewiesenen Aufwendungen bis zur Höhe des Betrages zu erstatten, der für die Krankenhilfe im Geltungsbereich dieses Gesetzes entstanden wäre. Für die Höhe des Zuschusses bei Krankenhauspflege gilt § 194 Abs. 3 entsprechend.

§ 231

(1) Der Anspruch auf Leistungen endet, soweit nichts anderes bestimmt ist, mit dem Ende der Mitgliedschaft.

(2) Versicherte, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, behalten den Anspruch auf die Leistungen bis zu einem Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft, wenn der Leistungsfall innerhalb dieses Monats eintritt. Für die Höhe des Krankengeldes gilt § 199 Abs. 1 entsprechend.

§ 232

Hat die Kasse nach vorschriftmäßiger und nicht vorsätzlich unrichtiger Anmeldung drei Monate ununterbrochen und unbeanstandet die Beiträge angenommen und stellt sich nach dem Eintritt des Leistungsfalls heraus, daß eine Person nicht versicherungspflichtig oder daß eine Person nicht zur freiwilligen Versicherung berechtigt gewesen ist, so muß die Kasse gleichwohl die Leistungen gewähren. In diesem Falle sind Beiträge nicht zu erstatten.

§ 233

(1) Ansprüche auf Kassenleistungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.

(2) Gegen Ansprüche des Berechtigten dürfen nur aufgerechnet werden Ansprüche der Kasse auf

1. Zahlung geschuldeter Beiträge,
2. Rückzahlung von Vorschüssen,
3. Erstattung von zu Unrecht gezahlten Leistungen,
4. Erstattung von Verfahrenskosten,
5. Zahlung von Ordnungsstrafen oder Zwangsgeld,
6. Herausgabe einer von einem Dritten an den Berechtigten bewirkten Leistung, die der Kasse gegenüber wirksam ist.

(3) Gegen Ansprüche des Berechtigten darf die Kasse auch Ansprüche auf Zahlung geschuldeter Beiträge aufrechnen, die sie für andere Träger der Sozialversicherung einzuziehen hat.

(4) Gegen Ansprüche auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld darf nur bis zur Hälfte dieser Beträge aufgerechnet werden.

DRITTER ABSCHNITT

Träger der Versicherung

A. Arten der Krankenkassen

§ 234

Träger der Krankenversicherung sind

die Ortskrankenkassen,
die Landkrankenkassen,
die Betriebskrankenkassen,
die Innungskrankenkassen,
die See-Krankenkasse,
die Knappschaften sowie
die Ersatzkassen.

I. Ortskrankenkassen

§ 235

(1) Ortskrankenkassen werden für örtliche Bezirke errichtet.

(2) Ortskrankenkassen sind in der Regel für den Bezirk kreisfreier Städte oder Landkreise zu errichten.

(3) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes kann anordnen, daß für die Bezirke mehrerer kreisfreier Städte oder Landkreise nur eine Ortskrankenkasse errichtet wird; sie kann ihre Anordnung ändern oder widerrufen.

§ 236

(1) Ortskrankenkassen werden durch Beschluß der Gemeinde, des Landkreises oder der beteiligten Gemeinden oder Landkreise errichtet.

(2) Wird eine Ortskrankenkasse nicht in angemessener Frist errichtet, so errichtet sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

§ 237

Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes kann nach Anhörung der beteiligten Kassen anordnen, daß eine Ortskrankenkasse mit einer anderen Ortskrankenkasse vereinigt wird, wenn ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auch bei Erhebung eines allgemeinen Beitrages von zehn vom Hundert der Beitragsbemessungsgrundlage auf die Dauer nicht gesichert erscheint.

II. Landkrankenkassen

§ 238

(1) Landkrankenkassen werden für örtliche Bezirke errichtet.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes ordnet an,

für welche Bezirke Landkrankenkassen errichtet werden; sie kann ihre Anordnung ändern.

(3) In Gebieten mit landwirtschaftlicher Struktur soll die Errichtung einer Landkrankenkasse angeordnet werden, wenn die Zahl der Versicherungspflichtigen aus der Land- und Forstwirtschaft mindestens 2500 beträgt.

§ 239

(1) Landkrankenkassen werden durch Beschluß des Landkreises oder der beteiligten Gemeinden oder Landkreise errichtet.

(2) Wird eine Landkrankenkasse nicht in angemessener Frist errichtet, so errichtet sie die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes.

(3) Eine Landkrankenkasse darf nicht errichtet werden, wenn ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht gesichert erscheint oder wenn durch die Errichtung die Zahl der Mitglieder einer der betroffenen Ortskrankenkassen unter 5000 sinken würde; die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten bleiben außer Betracht.

§ 240

(1) Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes kann anordnen, daß eine Landkrankenkasse mit einer anderen Landkrankenkasse vereinigt wird, wenn

1. die Zahl der Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 1000 beträgt oder
2. ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit trotz Erhebung eines Beitrages von zehn vom Hundert der Beitragsbemessungsgrundlage auf die Dauer nicht gesichert erscheint.

(2) Ist die Vereinigung nicht möglich, so wird die Landkrankenkasse geschlossen.

III. Betriebskrankenkassen

§ 241

(1) Ein Arbeitgeber kann für einen Betrieb oder mehrere Betriebe, in denen regelmäßig insgesamt mindestens 450 Versicherungspflichtige beschäftigt werden, eine Betriebskrankenkasse errichten. Das gleiche Recht haben die Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände und der Gemeinden für ihre Dienstbetriebe. Bei Betrieben, die ihrer Art nach alljährlich regelmäßig eingeschränkt oder zeitweilig eingestellt werden (Saisonbetriebe), muß die Mindestzahl zwei Monate vorhanden sein.

(2) Wenn besondere Verhältnisse die Errichtung einer Betriebskrankenkasse angezeigt erscheinen lassen, kann für Kassen, die nach Errichtung landesunmittelbar werden, die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, für Kassen, die nach Errichtung bundesunmittelbar werden, das Bundesversicherungsamt auf Antrag des Arbeitgebers eine geringere Mindestzahl festsetzen oder die Errichtung einer Betriebskrankenkasse für Betriebe mehrerer Arbeitgeber zulassen, wenn diese Betriebe organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bilden.

(3) Die Arbeitgeber sind verpflichtet, die Kosten für die Personen zu tragen, die für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlich sind. Die Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände und der Gemeinden bestellen auf eigene Kosten und Verantwortung die für die Führung der Geschäfte der Betriebskrankenkasse erforderlichen Personen.

(4) Soweit ein Arbeitgeber einer Innung angehört, die eine Innungskrankenkasse hat, kann er für die versicherungspflichtig Beschäftigten, die der Innungskrankenkasse angehören müssen, keine Betriebskrankenkasse errichten.

(5) Eine Betriebskrankenkasse darf nicht errichtet werden, wenn ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht gesichert erscheint oder wenn durch die Errichtung die Zahl der Mitglieder einer der betroffenen Ortskrankenkassen unter 5000 sinken würde; die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten bleiben außer Betracht.

§ 242

(1) Mehrere Betriebskrankenkassen für Betriebe desselben Arbeitgebers können durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einer Kasse vereinigt werden.

(2) Wenn besondere Verhältnisse es angezeigt erscheinen lassen, kann die nach § 241 Abs. 2 zuständige Stelle zulassen, daß auch Betriebskrankenkassen für Betriebe verschiedener Arbeitgeber, die organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bilden, durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einer Betriebskrankenkasse vereinigt werden.

§ 243

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Verlangen des Arbeitgebers durch Änderung der Satzung auf weitere Betriebe desselben Arbeitgebers erstreckt werden. § 241 Abs. 2 bis 5, § 258 Abs. 1, § 259 Abs. 1, 3 und 4 gelten entsprechend.

§ 244

(1) Geht von mehreren Betrieben desselben Arbeitgebers, für die eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht, einer in anderen Besitz über, so kann jeder beteiligte Arbeitgeber die Ausscheidung beantragen.

(2) Besteht für mehrere Betriebe eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, so kann jeder beteiligte Arbeitgeber die Ausscheidung ihm gehöriger Betriebe aus der gemeinsamen Betriebskrankenkasse beantragen. Der Antrag kann abgelehnt wer-

den, wenn durch die Ausscheidung die Zahl der versicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder der Betriebskrankenkasse unter 450 sinken würde oder wenn bei dem Betrieb, dessen Ausscheidung beantragt wird, die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist als in den übrigen Betrieben.

§ 245

Eine Betriebskrankenkasse kann auf Antrag ihrer Vertreterversammlung aufgelöst werden.

§ 246

Eine Betriebskrankenkasse wird geschlossen, wenn

1. die Betriebe eingehen, für die sie errichtet worden ist,
2. der Arbeitgeber seine Verpflichtung nach § 241 Abs. 3 nicht erfüllt,
3. sie nicht hätte errichtet werden dürfen,
4. die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 150 beträgt,
5. der Arbeitgeber mit den Betrieben Mitglied einer Innung wird, die eine Innungskrankenkasse hat, der die Versicherungspflichtigen der Betriebe angehören müssen oder
6. ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht mehr gesichert erscheint.

IV. Innungskrankenkassen

§ 247

(1) Eine Handwerksinnung oder mehrere Handwerksinnungen einer Kreishandwerkerschaft gemeinsam können für die Handwerksbetriebe ihrer Mitglieder eine Innungskrankenkasse errichten, wenn in den Betrieben regelmäßig insgesamt mindestens 450 Versicherungspflichtige beschäftigt werden.

(2) Wenn besondere Verhältnisse die Errichtung einer Innungskrankenkasse angezeigt erscheinen lassen, kann die nach § 241 Abs. 2 zuständige Stelle auf Antrag eine geringere Mindestzahl festsetzen.

(3) Eine Innungskrankenkasse kann auf eine andere Innung auf deren Verlangen durch Änderung der Satzung erstreckt werden, wenn die andere Innung ihren Sitz innerhalb des Bezirks derselben Kreishandwerkerschaft hat. § 258 Abs. 1, § 259 Abs. 2 bis 4 gelten entsprechend.

(4) Eine Innungskrankenkasse darf nicht errichtet oder nach Absatz 3 erstreckt werden, wenn ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht gesichert erscheint oder wenn dadurch die Zahl der Mitglieder einer der betroffenen Ortskrankenkassen unter 5000 sinken würde; die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten bleiben außer Betracht.

§ 248

(1) Innungskrankenkassen innerhalb des Bezirks einer Kreishandwerkerschaft können durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen vereinigt werden.

(2) Innungskrankenkassen werden vereinigt, wenn sich ihre Innungen vereinigen.

§ 249

Eine Innung kann die Ausscheidung aus einer gemeinsamen Innungskrankenkasse beantragen. Der Antrag kann abgelehnt werden, wenn durch die Ausscheidung die Zahl der versicherungspflichtig beschäftigten Mitglieder der Innungskrankenkasse unter 450 sinken würde oder wenn bei der Innung, deren Ausscheidung beantragt wird, die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist als bei den übrigen der Kasse angeschlossenen Innungen.

§ 250

Eine Innungskrankenkasse kann auf Antrag ihrer Vertreterversammlung aufgelöst werden.

§ 251

Eine Innungskrankenkasse wird geschlossen, wenn

1. die Innung, die sie errichtet hat, aufgelöst wird, eine gemeinsame Innungskrankenkasse dann, wenn alle beteiligten Innungen aufgelöst werden,
2. sie nicht hätte errichtet werden dürfen,
3. die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 150 beträgt oder
4. ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf die Dauer nicht mehr gesichert erscheint.

V. See-Krankenkasse

§ 252

(1) Die See-Krankenkasse wird für den Geltungsbereich dieses Gesetzes errichtet.

(2) Die Organe der Seekasse sind Organe der See-Krankenkasse. Die Geschäftsführung der Seekasse führt zugleich die Geschäfte der See-Krankenkasse.

VI. Knappschaften

§ 253

Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung sind die Knappschaften.

VII. Ersatzkassen

§ 254

(1) Ersatzkassen sind die am 1. Januar 1964 tätigen Ersatzkassen.

(2) Eine Ersatzkasse darf nur solche Personen aufnehmen, die im Zeitpunkt der Aufnahme zu dem Mitgliederkreis gehören und in dem Bezirk wohnen oder beschäftigt sind, für den sie am 1. Januar 1964 zugelassen ist.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zulassen, daß Mitgliederkreis und Bezirk geändert werden, wenn sich die Berufsbilder von Mitgliedern wandeln, eine Änderung des Bezirks durch Abwanderung eines nicht unerheblichen Teils von Mitgliedern notwendig erscheint oder die Zusammensetzung des Mitgliederkreises den erforderlichen Risikoausgleich nicht mehr gewährleistet.

(4) Mitgliederwerbung ist nur insoweit zulässig, als sie den Zielen und Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nicht entgegensteht.

§ 255

(1) Ersatzkassen können durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen vereinigt werden.

(2) Eine Ersatzkasse kann auf Antrag ihrer Vertreterversammlung aufgelöst werden.

§ 256

Eine Ersatzkasse wird geschlossen, wenn

1. die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 1000 beträgt oder
2. ihre wirtschaftliche Leisungsfähigkeit auf die Dauer nicht mehr gesichert erscheint.

B. Verfahren bei Errichtung, Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen

I. Errichtung

§ 257

(1) Die Gemeinde, der Landkreis oder die beteiligten Gemeinden oder Landkreise haben den Beschluß über die Errichtung einer Ortskrankenkasse oder einer Landkrankenkasse der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes mitzuteilen. Dem Beschluß muß in den Fällen des § 235 Abs. 3 und des § 238 Abs. 2 die Anordnung vorausgehen.

(2) Die Gemeinde, der Landkreis oder die beteiligten Gemeinden oder Landkreise legen der nach Errichtung der Kasse zuständigen Aufsichtsbehörde eine vorläufige Satzung zur Genehmigung vor.

(3) Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Ortskrankenkasse oder die Landkrankenkasse ihre Tätigkeit aufnimmt. Bis zur Wahl der Organe nimmt die Aufsichtsbehörde selbst oder durch Beauftragte auf Kosten der Kasse die Aufgaben der Organe wahr.

§ 258

(1) Die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen bedarf der Genehmigung der nach Errichtung der Kasse zuständigen Aufsichtsbehörde.

(2) Die Errichtung einer neuen Betriebskrankenkasse kann dem Arbeitgeber versagt werden, wenn eine Betriebskrankenkasse seines Betriebes nach § 246 Nr. 2 geschlossen worden ist.

§ 259

(1) Betriebskrankenkassen dürfen nur errichtet werden, wenn die Mehrheit der abstimmenden volljährigen Arbeitnehmer, die der Kasse nach Errichtung angehören müssen, zustimmt.

(2) Innungskrankenkassen dürfen nur errichtet werden, wenn die Innungsversammlungen und Gesellenausschüsse aller beteiligten Innungen zustimmen.

(3) Die für den Sitz des Betriebes oder der Innung zuständige Landesregierung bestimmt, welche Behörde die Abstimmung leitet.

(4) Die Abstimmung ist geheim.

(5) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die für das Abstimmungsverfahren erforderlichen Vorschriften.

§ 260

(1) Die Arbeitgeber oder die Innungen legen der nach Errichtung der Kasse zuständigen Aufsichtsbehörde eine vorläufige Satzung zur Genehmigung vor.

(2) Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt. Bis zur Wahl der Organe nimmt die Aufsichtsbehörde selbst oder durch Beauftragte auf Kosten der Kasse die Aufgaben der Organe wahr.

II. Vereinigung

§ 261

(1) Werden Kassen nach den §§ 237, 240 Abs. 1, § 248 Abs. 2 vereinigt, so haben sie eine vorläufige Satzung zur Genehmigung und Vorschläge für die Berufung der Mitglieder der vorläufigen Organe der nach Vereinigung der Kassen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Diese beruft die Mitglieder der vorläufigen Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die neue Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt. Die Aufsichtsbehörde setzt die vorläufige Satzung fest und bestellt die Mitglieder der vorläufigen Organe, wenn die beteiligten Kassen ihrer Verpflichtung nach Satz 1 nicht innerhalb einer von ihr bestimmten Frist nachkommen.

(2) Wird die Vereinigung von Kassen nach den §§ 242, 248 Abs. 1, § 255 Abs. 1 beschlossen, so

legen die beteiligten Kassen eine vorläufige Satzung zur Genehmigung und einen Vorschlag für die Berufung der vorläufigen Organe der nach Absatz 1 zuständigen Aufsichtsbehörde vor. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(3) Mit dem Zeitpunkt, mit dem die neue Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt, sind die bisherigen Kassen geschlossen. Die neue Kasse tritt in die Rechte und Pflichten der bisherigen Kassen ein.

(4) Ergibt die Vermögensrechnung einer der beteiligten Kassen einen Fehlbetrag, so haben die nach § 330 Zuschußpflichtigen für den Fehlbetrag einzutreten.

III. Ausscheidung, Auflösung, Schließung

§ 262

Über den Antrag auf Ausscheidung und Auflösung und über die Schließung entscheidet die Aufsichtsbehörde. Sie setzt den Zeitpunkt fest, zu dem die Ausscheidung, Auflösung oder Schließung wirksam wird.

§ 263

(1) Treten wegen der Ausscheidung eines Betriebes oder einer Innung aus einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse, wegen der Änderung des Bezirks einer Kasse oder eines Verwaltungsbezirks oder wegen der Errichtung einer Landkrankenkasse Mitglieder einer Kasse zu einer anderen Kasse über, so findet eine Auseinandersetzung statt.

(2) Bei der Ausscheidung kann die Auseinandersetzung unterbleiben, wenn die beteiligten Kassen dies beantragen. Über den Antrag entscheidet die Aufsichtsbehörde der aufnehmenden Kasse.

§ 264

(1) Die Kasse, aus der ausgeschieden wird, hat einen Rechnungsabschluß zu dem Tage aufzustellen, an dem die Änderung wirksam wird.

(2) Das Reinvermögen ist anteilmäßig für alle Mitglieder zu berechnen und an die aufnehmende Kasse nach der Zahl der übertretenden Mitglieder zu übertragen.

§ 265

(1) Die nach § 263 Abs. 2 zuständige Aufsichtsbehörde leitet die Auseinandersetzung. Sie lädt die Vertreter der beteiligten Kassen ein und entscheidet über die Auseinandersetzung. Sie soll die Vereinbarung der beteiligten Kassen zugrunde legen.

(2) Bei der Auseinandersetzung sollen sich die beteiligten Kassen auch über die zu übernehmenden Bediensteten einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so setzt die Aufsichtsbehörde die Zahl fest.

§ 266

Den Bediensteten muß bei der aufnehmenden Kasse eine ähnliche oder, wenn dies nicht möglich ist, eine andere Beschäftigung geboten werden, die nicht in auffälligem Mißverhältnis zu ihren Fähigkeiten steht.

§ 267

(1) Der Vorstand der aufgelösten oder geschlossenen Kasse wickelt die Geschäfte der Kasse ab. Bis die Geschäfte abgewickelt sind, gilt die Kasse als fortbestehend, soweit es der Zweck der Abwicklung erfordert.

(2) Der Vorstand macht die Auflösung oder Schließung öffentlich bekannt. Die Befriedigung von Gläubigern, die ihre Forderungen nicht binnen drei Monaten nach der Bekanntmachung anmelden, kann verweigert werden; darauf ist in der Bekanntmachung hinzuweisen. Bekannte Gläubiger sind unter demselben Hinweis zur Anmeldung besonders aufzufordern. Für Ansprüche aus der Versicherung gelten diese Vorschriften nicht.

§ 268

(1) Verbleibt nach Abwicklung der Geschäfte noch Vermögen, so ist es auf die Kassen zu verteilen, die Mitglieder aufgenommen haben. Die Höhe der Anteile richtet sich nach der Anzahl der aufgenommenen Mitglieder.

(2) Reicht das Vermögen einer aufgelösten oder geschlossenen Kasse nicht aus, um die Gläubiger zu befriedigen, so haben die nach § 330 Zuschußpflichtigen für den Fehlbetrag einzutreten.

IV. Anhörung der Ortskrankenkassen

§ 269

Bevor die Errichtung und Erstreckung von Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen genehmigt wird, sind die betroffenen Ortskrankenkassen zu hören. Dies gilt auch, wenn aus Betriebs- oder Innungskrankenkassen Betriebe oder Innungen ausgeschieden werden.

VIERTER ABSCHNITT

Verfassung

I. Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung

§ 270

(1) Versicherungspflichtige sind Mitglieder der Ortskrankenkasse ihres Beschäftigungsortes, wenn nicht nach den folgenden Vorschriften oder den Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes eine andere Kasse zuständig ist.

(2) Versicherungspflichtige sind Mitglieder der für den Betriebssitz zuständigen Ortskrankenkasse, wenn

1. der Arbeitgeber dies beantragt,
2. die Lohnabrechnung für alle Beschäftigten am Betriebssitz durchgeführt wird und
3. die nach dem Absatz 1 an sich zuständige Ortskrankenkasse zustimmt.

§ 271

(1) Mitglieder der Landkrankenkasse ihres Beschäftigungsortes sind Versicherungspflichtige, die in Unternehmen beschäftigt sind, die von der landwirtschaftlichen Unfallversicherung umfaßt werden, die im Reisegewerbe beschäftigten Versicherungspflichtigen (§ 344), ferner die Hausgehilfen, soweit nicht § 342 etwas anderes bestimmt.

(2) Die in Absatz 1 genannten Versicherungspflichtigen sind Mitglieder der Ortskrankenkasse, wenn eine Landkrankenkasse nicht besteht.

§ 272

Mitglieder der Betriebskrankenkasse sind die im Betrieb beschäftigten Versicherungspflichtigen, wenn sie nicht einer Innungskrankenkasse oder der See-Krankenkasse angehören.

§ 273

(1) Mitglieder der Innungskrankenkasse sind die in den Betrieben der Innungsmitglieder beschäftigten Versicherungspflichtigen, wenn sie nicht der Landkrankenkasse angehören.

(2) Scheidet ein Mitglied aus der Innung aus, so endet die Mitgliedschaft der bei ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen bei der Innungskrankenkasse.

§ 274

(1) Mitglieder der See-Krankenkasse sind

1. die Besatzungsmitglieder deutscher Seefahrzeuge,
2. Seeleute von Beruf, die nicht in einem Heuerverhältnis stehen, solange sie vorübergehend auf einem deutschen Seefahrzeug in einem deutschen Hafen mit Diensten an Bord für Rechnung des Reeders beschäftigt sind,

wenn sie zu den Versicherungspflichtigen gehören und bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Arbeitsunfall versichert sind.

(2) Mitglieder der See-Krankenkasse sind auch die versicherungspflichtigen Seeleute, die als Arbeitnehmer auf Kriegs- und Hilfsschiffen der Bundeswehr eingeschifft sind.

§ 275

(1) Versicherungspflichtige, die zu dem Mitgliederkreis gehören und in dem Bezirk wohnen oder beschäftigt sind, für den eine Ersatzkasse zugelassen ist, können die Mitgliedschaft bei dieser Ersatzkasse wählen. In diesem Falle finden die §§ 270 bis 273 keine Anwendung, wenn sie dem Arbeitgeber eine Bescheinigung ihrer Ersatzkasse über die Mitgliedschaft ausgehändigt haben. Wird die Bescheinigung innerhalb einer Woche nach Beginn der Beschäftigung ausgehändigt, so finden die §§ 270 bis 273 vom Beginn der Beschäftigung an keine Anwendung.

(2) Mitglied seiner Ersatzkasse kann bleiben, wer nach dem Beitritt die Zugehörigkeit zu dem Mitgliederkreis verliert oder aus dem Bezirk verzieht, für den die Ersatzkasse zugelassen ist.

(3) Wählen Versicherungspflichtige die Mitgliedschaft nach Absatz 1, so darf ihnen der Beitritt nicht verwehrt werden. Die Ersatzkasse kann Versicherungspflichtige zurückweisen, wenn diese ihr aus einer früheren Mitgliedschaft Beiträge schulden.

(4) Die Ersatzkasse ist verpflichtet, die Bescheinigung nach Absatz 1 ihren Mitgliedern auf Antrag unverzüglich kostenlos auszustellen.

§ 276

(1) Arbeitslose sind Mitglieder der Kasse, der sie im Zeitpunkt der Arbeitslosmeldung angehören oder zuletzt vor Eintritt der Arbeitslosigkeit angehört haben, wenn diese Kasse örtlich zuständig ist, es sei denn, daß der Arbeitslose mit dem Antrag auf Arbeitslosengeld oder auf Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe erklärt, nicht Mitglied dieser Kasse sein zu wollen.

(2) Örtlich zuständig ist eine Kasse, wenn ihr Bezirk den für die Zuständigkeit des Arbeitsamtes (§§ 170 und 171 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung) maßgebenden Wohn- oder Aufenthaltsort des Arbeitslosen umfaßt.

(3) Im übrigen sind Arbeitslose Mitglieder der Ortskrankenkasse, deren Bezirk den für die Zuständigkeit des Arbeitsamtes maßgebenden Wohn-, Aufenthalts- oder Beschäftigungsort des Arbeitslosen (§§ 170 und 171 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung) umfaßt.

(4) Übt ein Arbeitsloser während des Bezugs des Hauptbetrages eine krankenversicherungspflichtige Beschäftigung aus, so ist für die Krankenversicherung auf Grund dieser Beschäftigung dieselbe Kasse zuständig, bei der er während des Bezugs des Hauptbetrages versichert ist.

§ 277

(1) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 genannten Versicherten gehören der Kasse an, bei der sie zuletzt vor Stellung des Rentenantrages Mitglied waren.

(2) Nimmt eine der in Absatz 1 genannten Personen eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, so wird sie Mitglied der dafür zuständigen Kasse; sie bleibt nach Beendigung dieser Beschäftigung Mitglied dieser Kasse, wenn sie mindestens zweiundfünfzig Wochen ununterbrochen Mitglied war. § 275 Abs. 2 gilt.

(3) Gehört eine der in Absatz 1 genannten Personen einer Orts- oder Landkrankenkasse an, so kann sie die Mitgliedschaft bei der Orts- oder Landkrankenkasse beantragen, die für ihren Wohnsitz zuständig ist.

(4) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 genannten Versicherten gehören der Kasse an, der der Verstorbene, aus dessen Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, angehören würde. Beziehen sie mehrere Hinterbliebenenrenten, so gehören sie der Kasse an, die bei Stellung des ersten Rentenantrages zuständig ist. Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. Werden die Rentenanträge gleichzeitig gestellt, so kann der Versicherte unter den zuständigen Kassen wählen.

(5) Wird eine Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse neu errichtet, so gehören ihr auch die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 genannten Versicherten an, die zuletzt vor Stellung des Rentenantrages in Betrieben beschäftigt waren, für die die Kasse errichtet wird; dies gilt auch für die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 genannten Versicherten, wenn die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, zuletzt in einem dieser Betriebe beschäftigt war. Dies gilt nicht für Mitglieder von Ersatzkassen.

§ 278

Die bei einer Kasse beschäftigten Versicherungspflichtigen sind Mitglieder dieser Kasse. Die bei der See-Berufsgenossenschaft und der Seekasse beschäftigten Versicherungspflichtigen sind Mitglieder der See-Krankenkasse.

§ 279

Stehen Versicherte gleichzeitig in Arbeitsverhältnissen, für die verschiedene Kassen zuständig wären, so richtet sich die Zuständigkeit nach der überwiegenden Beschäftigung. Das gilt entsprechend, wenn Versicherte gleichzeitig in einem Arbeitsverhältnis und in Heimarbeit stehen. Im Zweifel ist das Versicherungsverhältnis maßgebend, das zuerst begründet wurde.

§ 280

(1) Versicherungsberechtigte können Mitglied der Kasse werden, der sie angehören würden oder angehören könnten, wenn sie versicherungspflichtig wären. Die in § 173 genannten Personen können der Ortskrankenkasse ihres Wohnsitzes oder der Kasse beitreten, der der versicherte Ehegatte angehört hat.

(2) Freiwillig Versicherte können zu der Kasse übertreten, der sie angehören würden oder könnten, wenn sie versicherungspflichtig wären.

II. Mitgliedschaft

§ 281

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, mit Ausnahme der in den Absätzen 2 bis 4 genannten Personen, beginnt mit dem Tag des Eintritts in die Beschäftigung.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 166 Abs. 1 Nr. 2 genannten Versicherungspflichtigen beginnt mit dem Tag, an dem erstmals oder nach Ausscheiden aus der Versicherung erneut Arbeit an sie ausgegeben wird.

(3) Die Mitgliedschaft der in § 166 Abs. 1 Nr. 3 genannten Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag, für den der Hauptbetrag gewährt wird.

(4) Die Mitgliedschaft der in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherungspflichtigen beginnt mit dem Tag der Stellung des Rentenantrages.

(5) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bei Ersatzkassen beginnt im Falle des § 275 Abs. 1 Satz 3 mit dem Tag des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung, im übrigen mit dem Ersten des auf die Beitrittserklärung folgenden Kalendermonats.

§ 282

Die Mitgliedschaft bei einer neu errichteten Kasse beginnt für Versicherungspflichtige, die in diese Kasse gehören, mit dem Tag, an dem die Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt.

§ 283

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter beginnt mit dem Tag ihres Beitritts zur Kasse.

(2) Die Mitgliedschaft der in § 173 genannten Versicherungsberechtigten beginnt mit dem Tode des Versicherten oder mit dem Eintritt der Rechtskraft des Urteils, durch das die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt worden ist.

(3) Der Beitritt geschieht durch schriftliche Erklärung. Macht die Satzung das Recht zum Beitritt von der Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig, so muß dieses der Erklärung beigefügt sein.

§ 284

(1) Die Mitgliedschaft endet, wenn nichts anderes bestimmt ist,

1. mit dem Tode des Versicherten,
2. mit dem Ende des Tages, an dem die Voraussetzungen der Versicherungspflicht entfallen, wenn der Versicherte von dem Recht nach § 171 keinen Gebrauch macht,
3. wenn der Versicherte Mitglied einer anderen Kasse wird,
4. mit dem Ende des letzten Tages des Monats, in dem das Mitglied einer Ersatzkasse den Austritt erklärt,
5. mit dem Ende des letzten Zahltages (§ 314 Abs. 3), wenn der freiwillig Versicherte oder das Mitglied einer Ersatzkasse für zwei aufeinanderfolgende Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet hat,
6. mit dem Ende des letzten Tages des Monats, in dem der freiwillig Versicherte den Austritt erklärt,

7. wenn die freiwillige Versicherung erlischt,
8. für die in § 175 genannten Versicherten mit Ablauf des Monats, in dem die Ablehnung des Rentenantrages unanfechtbar geworden ist, oder mit dem Tage, an dem ein Rechtsbehelf gegen die Ablehnung des Rentenantrages zurückgenommen wird.

(2) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 2 gelten bei Entzug der Rente die Voraussetzungen der Versicherungspflicht mit dem Ende des Tages als entfallen, an dem der Entziehungsbescheid unanfechtbar geworden ist.

§ 285

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange Anspruch auf Krankengeld besteht oder ein Träger der Unfallversicherung Verletztengeld oder Heilanstaltspflege oder ein Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld gewährt oder der Versicherte Einkommensausgleich nach § 17 Abs. 4 des Bundesversorgungsgesetzes erhält.

(2) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange Anspruch auf Mutterschaftsgeld besteht.

(3) Für die Zeit vor Beginn des Anspruchs auf Mutterschaftsgeld bleibt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger auch erhalten, wenn während ihrer Schwangerschaft das Arbeitsverhältnis zulässig gekündigt oder die Versicherte unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt worden ist.

§ 286

Endet die Versicherungspflicht nach Zustellung des Bescheides wegen Einberufung zum Wehrdienst (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Wehrpflichtgesetzes) oder zivilen Ersatzdienst, so wird die Mitgliedschaft für die Zeit erhalten, für die Anspruch auf Geld- und Sachbezüge aus dem Wehr- und Ersatzdienstverhältnis besteht.

§ 287

(1) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt längstens für einen Monat erhalten, wenn und solange das Arbeitsverhältnis ohne Entgeltzahlung fortbesteht.

(2) Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger bleibt erhalten, solange sie Anspruch auf Stilllegungsvergütung oder auf Schlechtwettergeld (§§ 126 und 143 f des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung) haben.

§ 288

Als Mitglieder gelten Versicherungspflichtige, für die die Kasse nach vorschriftsmäßiger Anmeldung unbeanstandet Beiträge angenommen hat, solange sich der das Versicherungsverhältnis begründende Sachverhalt nicht ändert und solange nicht unanfechtbar entschieden ist, daß diese Kasse nicht zuständig ist.

III. Satzung

§ 289

(1) Jede Kasse muß eine Satzung haben.

(2) Die Satzung muß bestimmen über
1. Namen und Sitz der Kasse,
2. Bezirk der Kasse und Kreis der Mitglieder,
3. Art und Umfang der Leistungen,
4. Höhe und Zahlung der Beiträge,
5. Zahl der Mitglieder der Organe,
6. Rechte und Pflichten der Organe,
7. Art der Beschlußfassung der Vertreterversammlung,
8. Höhe der nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes zu gewährenden Beträge,
9. Aufstellung des Voranschlags,
10. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
11. Melde- und Zahlstellen und deren Bezeichnung,
12. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle,
13. Art der Bekanntmachungen,
14. Änderung der Satzung.

§ 290

Die Satzung darf nichts bestimmen, was den Zwecken der gesetzlichen Krankenversicherung widerspricht. Sie darf Leistungen nur insoweit vorsehen, als sie dieses Buch zuläßt.

§ 291

Die Satzung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 292

(1) Ergibt sich nachträglich, daß eine Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, so ordnet die Aufsichtsbehörde die erforderliche Änderung an.

(2) Beschließt die Vertreterversammlung nicht binnen einer von der Aufsichtsbehörde bestimmten Frist die erforderliche Änderung, so vollzieht sie die Aufsichtsbehörde.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn die Satzung wegen nachträglich eingetretener Umstände einer Änderung bedarf.

§ 293

(1) Jedes Mitglied erhält auf Antrag unentgeltlich ein Merkblatt über Beginn und Ende der Mitgliedschaft, das Recht der Weiterversicherung, die

von der Kasse zu gewährenden Leistungen, die Beiträge, zulässige Rechtsbehelfe und die geltende Krankenordnung. Ebenso erhalten dieses Merkblatt auf Antrag Arbeitgeber, die Mitglieder beschäftigen.

(2) Die Mitglieder und Arbeitgeber sind berechtigt, einen Abdruck der geltenden Satzung in den Geschäftsräumen der Kasse während der üblichen Geschäftsstunden einzusehen.

IV. Rechte und Pflichten der Organe

§ 294

(1) Der Vorstand verwaltet die Kasse, soweit § 8 Abs. 4 des Selbstverwaltungsgesetzes nichts anderes bestimmt.

(2) Der Vorstand beschließt über alles, was nicht Gesetz oder Satzung der Vertreterversammlung zuweist.

§ 295

(1) Die Vertreterversammlung hat

1. den Voranschlag aufzustellen,
2. die Jahresrechnung abzunehmen,
3. die Kasse gegenüber den Vorstandsmitgliedern zu vertreten,
4. über den Erwerb, die Veräußerung oder die Belastung von Grundstücken sowie über die Errichtung von Gebäuden zu beschließen,
5. die Krankenordnung aufzustellen und zu ändern,
6. die Satzung zu beschließen und zu ändern,
7. über die Auflösung der Kasse oder die freiwillige Vereinigung mit anderen Kassen zu beschließen.

(2) Beschlüsse nach Absatz 1 Nr. 7 bedürfen der Mehrheit sowohl der Versicherten als der Arbeitgeber in der Vertreterversammlung. Dies gilt nicht für Ersatzkassen. Bei den Betriebskrankenkassen bedürfen Beschlüsse nach Absatz 1 Nr. 6 auch der Mehrheit der Versicherten in der Vertreterversammlung.

(3) Die Krankenordnung und ihre Änderungen bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

FÜNFTER ABSCHNITT

Meldungen, Aufbringung und Verwaltung der Mittel

I. Meldungen

§ 296

(1) Der Arbeitgeber hat der Kasse die für die Durchführung der Versicherung der von ihm Beschäftigten erforderlichen Meldungen innerhalb von drei Werktagen zu erstatten. Die Kasse kann in besonderen Fällen mit dem Arbeitgeber eine längere Meldefrist vereinbaren; sie darf sieben Tage nicht überschreiten.

(2) Soweit die Kasse Beiträge für andere Versicherungszweige einzieht, sind die dafür erforderlichen Meldungen zusammen mit den Meldungen nach Absatz 1 zu erstatten.

(3) Die Ersatzkassen haben den Arbeitgebern das Ausscheiden von versicherungspflichtigen Mitgliedern aus der Kasse unverzüglich anzuzeigen. Unterläßt die Ersatzkasse die unverzügliche Anzeige, so haftet sie der zuständigen Kasse für den Beitragsausfall.

§ 297

(1) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beantragen, haben dem Antrag eine Meldung für die zuständige Kasse beizufügen. Die Stelle, die den Antrag entgegennimmt, hat die Meldung unverzüglich an die zuständige Kasse weiterzugeben.

(2) Nimmt einer der in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf, für die eine andere als die bisherige Kasse zuständig ist, so hat die für das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zuständige Kasse dies der bisher zuständigen Kasse und dem Träger der Rentenversicherung unverzüglich mitzuteilen; dies gilt entsprechend, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis vor Ablauf von zweiundfünfzig Wochen endet. Dieselbe Verpflichtung trifft den Versicherten gegenüber der bisher zuständigen Kasse.

(3) Beginn und Wegfall der Rente oder des Übergangsgeldes, die Ablehnung des Rentenantrages sowie die Feststellung der Zuständigkeit eines anderen Versicherungsträgers hat der Träger der Rentenversicherung der Kasse unverzüglich mitzuteilen.

§ 298

Bei Arbeitslosen (§ 166 Abs. 1 Nr. 3) sind der Kasse die erforderlichen Meldungen vom Arbeitsamt zu erstatten. Das Arbeitsamt hat vierwöchentlich die Gesamtzahl der Tage zu melden, für die an Empfangsberechtigte der Hauptbetrag gezahlt wurde. Im übrigen werden die Meldungen durch die Meldekarte ersetzt, die das Arbeitsamt den Arbeitslosen ausstellt. Die Kasse kann mit dem Direktor des Arbeitsamts Abweichendes vereinbaren.

§ 299

Versicherte, die zum Grundwehrdienst, zu Wehrübungen oder zum zivilen Ersatzdienst einberufen werden, haben den Beginn der Dienstleistung unter Vorlage des Einberufungsbescheids ihrer bisher zuständigen Kasse zu melden. Diese bestätigt die Meldung auf dem Einberufungsbescheid.

§ 300

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über Form und Inhalt der Meldungen nach §§ 296 bis 299 sowie über Ausnahmen von der Meldepflicht.

§ 301

Freiwillig Versicherte haben die erforderlichen Meldungen nach näherer Bestimmung der Satzung selbst zu erstatten.

II. Aufbringung der Mittel und Bemessung der Beiträge

§ 302

(1) Die Mittel für die Krankenversicherung werden durch allgemeine und besondere Beiträge aufgebracht.

(2) Die allgemeinen Beiträge sind so zu bemessen, daß sie zusammen mit den anderen Einnahmen für die zulässigen Ausgaben der Kasse und für die Auffüllung der gesetzlichen Rücklage und der Betriebsmittel ausreichen.

(3) Die Satzung kann Zusatzbeiträge für Angehörige vorsehen, auf die die Familienhilfe nach § 216 Abs. 4 erstreckt wird.

§ 303

(1) Die allgemeinen Beiträge für die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherten werden je zur Hälfte von ihnen und ihren Arbeitgebern (Auftraggebern) getragen. Für Versicherte deren monatliches Engelt ein Zehntel der für Monatsbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter festgesetzten Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt, tragen die Arbeitgeber die allgemeinen Beiträge allein.

(2) Für die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherten, die Mitglieder von Ersatzkassen sind, haben die Arbeitgeber den Beitragsanteil zu tragen, der bei der Kasse zu zahlen wäre, der die Versicherten ohne die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse angehören würden.

(3) Die besonderen Beiträge tragen die in § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherten selbst.

(4) Mitglieder nach § 287 Abs. 1 haben für jeden Tag, an dem sie ohne Anspruch auf Entgelt der Arbeit fernbleiben, den allgemeinen und den besonderen Beitrag in Höhe von einem Dreißigstel des letzten monatlichen Beitrags allein zu tragen. Dies gilt entsprechend für die in § 285 Abs. 3 genannten Mitglieder.

§ 304

(1) Die allgemeinen Beiträge sind nach Bestimmung der Satzung in Vomhundertsätzen des Entgelts oder des Mittelbetrags der Stufen der Lohnsteuertabelle oder des Mittelbetrags von Lohnstufen festzusetzen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung setzt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Lohnstufen und deren Mittelbeträge fest.

(2) Der besondere Beitrag beträgt zwei vom Hundert des der Beitragsberechnung zugrunde liegenden Entgelts.

(3) Für die Berechnung der Beiträge wird das in einem Kalendermonat erzielte Entgelt bis zur Höhe von 750 Deutschen Mark berücksichtigt. Sind Beiträge nicht für einen vollen Kalendermonat zu zahlen, so wird für die Beitragsberechnung das Entgelt nur bis zur Höhe von 25 Deutschen Mark je Kalendertag berücksichtigt.

(4) Bei der Berechnung der Beiträge bleibt das Entgelt aus einer Nebenbeschäftigung außer Betracht, wenn es die in § 169 bezeichneten Grenzen nicht übersteigt oder die Nebenbeschäftigung auf die in § 169 bezeichneten Zeiträume beschränkt ist.

§ 305

Beiträge sind nicht zu entrichten, solange die Mitgliedschaft nach § 285 Abs. 1 oder 2 erhalten bleibt. Dies gilt auch für freiwillig Versicherte, solange ihnen die Kasse Krankengeld oder Mutterschaftsgeld gewährt.

§ 306

Die Kasse kann eine höhere Bemessung des Beitragsanteils des Arbeitgebers für einzelne Betriebe festsetzen, soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher als im Durchschnitt der Kasse ist. Die Festsetzung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 307

Erstattet ein Arbeitgeber trotz Aufforderung die nach § 296 erforderlichen Meldungen innerhalb einer von der Kasse festgesetzten Frist nicht, so können für seine Beschäftigten bis zur ordnungsmäßigen Meldung die Beiträge in der Höhe festgesetzt werden, die für Versicherte der gleichen Art in Betrieben gleicher Art erhoben werden.

§ 308

(1) Ruht der Anspruch auf Leistungen nach § 227 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 3 bis 5 für mindestens drei Monate, so ist der allgemeine Beitrag für die Zeit des Ruhens entsprechend zu kürzen.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für freiwillig Versicherte, solange sie als Soldaten auf Zeit oder Berufssoldaten Anspruch auf Geld- und Sachbezüge nach soldatenrechtlichen Vorschriften haben.

§ 309

(1) Die allgemeinen Beiträge für die in § 166 Abs. 1 Nr. 3 genannten Versicherten trägt die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung.

(2) Die Beiträge werden nach einem Sechsundzwanzigstel des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden durchschnittlichen monatlichen Entgelts der in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherten

der Kasse bemessen. Sie sind für Tage zu zahlen, für die der Hauptbetrag an Empfangsberechtigte gezahlt wird. Der Berechnung des durchschnittlichen monatlichen Entgelts sind die Ergebnisse des zweiten und dritten Vierteljahres des letzten Geschäftsjahres zugrunde zu legen.

(3) Für Empfänger von Stillegungsvergütung, Schlechtwettergeld und Kurzarbeitergeld trägt die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung allgemeine Beiträge nach den Bestimmungen des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung.

(4) Besondere Beiträge sind nicht zu entrichten.

§ 310

(1) Die allgemeinen Beiträge für die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten tragen die Träger der Rentenversicherung. Die Beiträge werden nach dem der Beitragsbemessung zugrunde liegenden durchschnittlichen monatlichen Entgelt der in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherten der Kasse bemessen; es ist um fünfzehn vom Hundert zu kürzen. Für die Berechnung gilt § 309 Abs. 2 Satz 3.

(2) Die besonderen Beiträge tragen die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten selbst. Sie bemessen sich nach dem Betrag der monatlichen Rente ohne Kinderzuschuß. Besondere Beiträge sind nicht zu entrichten, wenn die monatliche Rente ein Achtel der für Monatsbezüge in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt.

(3) Decken bei einer Kasse nach den Ergebnissen des letzten Geschäftsjahres die Einnahmen aus den Beiträgen fünfundachtzig vom Hundert der Ausgaben für die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten nicht, so kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung oder die von ihm beauftragte Stelle auf Antrag der Kasse die Kürzung nach Absatz 1 für das laufende Geschäftsjahr entsprechend herabsetzen. Die Anordnung kann auf Antrag wiederholt werden, wenn ohne die Herabsetzung der Kürzung die in Satz 1 genannte Folge eintreten würde.

§ 311

(1) Versicherte, die einen Rentenantrag gestellt haben, tragen bis zum Beginn der Rente die allgemeinen Beiträge nach § 310 Abs. 1 selbst. Beiträge, die sie vom Beginn der Rente bis zur Zustellung des die Rente gewährenden Bescheids entrichtet haben, werden ihnen zurückgezahlt.

(2) Für die in § 288 genannten Mitglieder, die nach § 15 Abs. 2 des Reichsknappschaftsgesetzes versichert sind, hat der Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung der Kasse die allgemeinen Beiträge zu erstatten.

(3) Beantragt die Witwe eines nach § 166 Abs. 1 Nr. 4 Versicherten, der schon Rente bezogen hat, Witwenrente oder die Waise eines nach § 166 Abs. 1 Nr. 4 Versicherten, der schon Rente bezogen hat, vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Waisenrente, so gilt Absatz 1 nicht.

§ 312

(1) Freiwillig Versicherte haben die allgemeinen und die besonderen Beiträge allein zu tragen. Für die Bemessung der Beiträge gilt § 304 entsprechend; an die Stelle des Entgelts tritt das Gesamteinkommen (§ 174 Abs. 3). Die Satzung hat dafür einen Mindestbetrag festzusetzen.

(2) Bei freiwillig versicherten Ehegatten, die kein eigenes Einkommen beziehen, gilt als Gesamteinkommen die Hälfte des Gesamteinkommens des anderen Ehegatten.

§ 313

(1) Für Versicherte, die Wehrdienst (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Wehrpflichtgesetzes) oder zivilen Ersatzdienst leisten, sind die allgemeinen Beiträge während der in § 286 genannten Zeiten um zwei Drittel zu kürzen. Besondere Beiträge sind nicht zu entrichten.

(2) Für die in Absatz 1 genannten Versicherten trägt der Bund die Beiträge, wenn die Versicherten während des Wehr- oder zivilen Ersatzdienstes keinen Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben. §§ 310 bis 312 gelten nicht. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit den Bundesministern der Verteidigung und der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine pauschale Beitragsberechnung vorschreiben. Hierbei sind die Zahl der von den in Absatz 1 genannten Versicherten voraussichtlich zu leistenden Wehr- und Ersatzdiensttage, der durchschnittliche Beitragssatz aller Kassen im Geltungsbereich dieses Gesetzes und das der Beitragsbemessung zugrunde liegende durchschnittliche monatliche Entgelt vergleichbarer Versicherter zu berücksichtigen.

(3) Für die in Absatz 1 genannten Versicherten, die während des Wehr- oder zivilen Ersatzdienstes Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts haben, gilt § 303 Abs. 1 und 2.

III. Zahlung der Beiträge

§ 314

(1) Die Arbeitgeber haben die Beiträge für ihre versicherungspflichtig Beschäftigten monatlich an den von der Satzung festgelegten Zahltagen zu zahlen. Die Zahltage dürfen nicht nach dem Fünfzehnten des Monats liegen, der dem Monat folgt, für den das Entgelt gezahlt wird. Die Satzung der Kasse kann bestimmen, daß Abschlagszahlungen entsprechend den Lohnzahltagen im Betrieb zu leisten sind.

(2) Versicherungspflichtige Mitglieder von Ersatzkassen haben ihre Beiträge an den von der Satzung festgelegten Zahltagen selbst zu zahlen. Die Verpflichtung geht auf den Arbeitgeber über, wenn die Kasse mit diesem vereinbart, daß er die Beiträge unmittelbar abführt.

(3) Freiwillig Versicherte haben die Beiträge an den von der Satzung festgelegten Zahltagen zu zahlen. Das gleiche gilt für die in § 285 Abs. 3 und § 311 Abs. 1 genannten Mitglieder.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Berechnung und Zahlung der besonderen Beiträge der in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten.

§ 315

(1) Die Versicherungspflichtigen müssen sich bei der Zahlung des Arbeitsentgelts die Beiträge vom Barlohn abziehen lassen, die sie selber zu tragen haben. Der Arbeitgeber darf solche Beiträge nur auf diesem Weg wieder einziehen. Die Abzüge sind auf die Lohnzeiten gleichmäßig zu verteilen.

(2) Besteht das Entgelt nur in Sachbezügen, so kann der Arbeitgeber den Sachbezug um die vom Versicherten selbst zu tragenden Beiträge kürzen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte seine Beiträge dem Arbeitgeber bar erstattet. Wird das Entgelt von Dritten gewährt, so hat der Versicherte seine Beiträge dem Arbeitgeber bar zu erstatten, wenn dieser den vollen Beitrag entrichtet hat.

(3) Beiträge nach § 303 Abs. 4 Satz 1 hat der Arbeitgeber vom Arbeitsentgelt einzubehalten und an die Kasse abzuführen. Soweit Beiträge nach § 303 Abs. 4 Satz 1 nicht vom Arbeitsentgelt einbehalten werden können, hat sie der Versicherte selbst zu zahlen.

(4) Versicherungspflichtigen Mitgliedern von Ersatzkassen hat der Arbeitgeber die Beitragsanteile bei der Zahlung des Arbeitsentgelts auszuzahlen, wenn nicht eine Vereinbarung nach § 314 Abs. 2 Satz 2 getroffen ist.

§ 316

Sind Abzüge unterblieben, so dürfen sie nur bei der nächsten Lohn- oder Gehaltszahlung nachgeholt werden, es sei denn, daß die Beiträge ohne Verschulden des Arbeitgebers verspätet entrichtet worden sind.

§ 317

Die Satzung der Kasse kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe die Kasse Vorschüsse von den Arbeitgebern fordern kann.

§ 318

(1) Die Beiträge sind bei rechtzeitiger Abmeldung bis zum Tag des Ausscheidens aus der Beschäftigung, sonst bis zur Abmeldung, längstens aber bis zum Ablauf des auf den Tag des Ausscheidens folgenden Kalendermonats zu zahlen.

(2) Die Kasse kann auf die Fortzahlung der Beiträge über das Ausscheiden aus der Beschäftigung hinaus verzichten und bereits gezahlte Beiträge dieser Art zurückzahlen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für freiwillig Versicherte, die aus der freiwilligen Versicherung ausscheiden, weil sie versicherungspflichtig werden.

§ 319

(1) Die Kasse kann von Arbeitgebern, die mit der Zahlung der Beiträge länger als eine Woche von der Zahlungsaufforderung an in Verzug sind, einen einmaligen Säumniszuschlag von zwei vom Hundert der rückständigen Beiträge und bei Zahlungsverzug von länger als drei Monaten nach Zahlungsaufforderung Zinsen in Höhe des jeweiligen Diskontsatzes der Deutschen Bundesbank erheben. Für die Berechnung des Säumniszuschlages werden die rückständigen Beiträge auf volle zehn Deutsche Mark nach unten abgerundet; mehrere Beitragsrückstände werden nur dann zusammengerechnet, wenn sie an demselben Tag fällig geworden sind.

(2) Von Geldstrafen, Kosten und von einem Beitragsrückstand unter zehn Deutschen Mark wird kein Säumniszuschlag erhoben.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Ersatzkassen gegenüber ihren Mitgliedern und gegenüber den Arbeitgebern, mit denen sie Vereinbarungen nach § 314 Abs. 2 Satz 2 getroffen haben.

§ 320

(1) Auf Antrag einer Kasse oder auf Antrag von Mitgliedern der Organe einer Betriebskrankenkasse kann die Aufsichtsbehörde widerruflich anordnen, daß Arbeitgeber, die mit der Abführung der Beiträge für mindestens zwei Monate rückständig sind, nur ihren Beitragsanteil zahlen. Die von ihnen beschäftigten Versicherungspflichtigen haben dann ihre Beiträge an den Lohn- oder Gehaltszahltagen selbst zu zahlen.

(2) Die Kasse hat die Anordnung der Aufsichtsbehörde in der Art bekanntzumachen, die für Bekanntmachungen in der Satzung bestimmt ist. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Anordnung in seinen Betriebsräumen für die Dauer der Anordnung durch Aushang bekanntzumachen und der Kasse Zeit und Art der Lohn- oder Gehaltszahlungen mitzuteilen. Die Kasse ist berechtigt, Bedienstete zu jeder Lohn- oder Gehaltszahlung in den Betrieb zu entsenden und die Beiträge an Ort und Stelle einzuziehen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht für Ersatzkassen.

§ 321

(1) Die Kassen können mit den Gemeindebehörden vereinbaren, daß diese die Geschäfte einer Zahl- und Meldestelle gegen Erstattung der Kosten übernehmen.

(2) Die Aufsichtsbehörde kann auf Antrag der Kasse die geschäftsleitenden Angestellten als Vollstreckungsbeamte und andere Angestellte der Kasse als Vollziehungsbeamte bestellen.

(3) Abweichend von den §§ 116, 117 haben sich bei der Vollstreckung nur Kassen der gleichen Art Amtshilfe zu leisten; die Kosten sind zu erstatten.

§ 322

Sind die Kassen verpflichtet, die Beiträge für andere Versicherungszweige zusammen mit den Beiträgen zur Krankenversicherung einzuziehen, so hat

der Arbeitgeber, soweit er schriftliche Lohn- oder Gehaltsabrechnungen erteilt, die Beiträge zu den verschiedenen Versicherungszweigen getrennt aufzuführen oder die Beitragssätze der einzelnen Versicherungszweige anzugeben.

§ 323

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Vergütung, die den Kassen für den Beitragseinzug einschließlich der Überwachung der Beitragsentrichtung, die Ausgabe und den Umtausch der Versicherungskarten zu zahlen ist.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt mit Zustimmung des Bundesrates Verwaltungsvorschriften über die Berechnung, die Zahltage und das Zahlverfahren für die von den Trägern der Rentenversicherung, der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung und dem Bund zu leistenden oder abzuführenden Beiträge sowie über die Berechnung des durchschnittlichen Entgelts nach § 309 Abs. 2 Satz 3.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für Verwaltungen des Bundes und der Länder mit zentraler Lohn- und Gehaltsabrechnung bestimmen, daß die Beiträge für alle beteiligten Kassen gemeinsam nach einem durchschnittlichen Beitragssatz eingezogen werden.

IV. Überwachung der Beitragsentrichtung; Auskunftspflicht

§ 324

(1) Die Kassen haben bei Arbeitgebern, bei denen ihre Mitglieder beschäftigt sind oder waren, Betriebsprüfungen durchzuführen. Diese sollen mindestens alle zwei Jahre stattfinden. Die Betriebsprüfung erstreckt sich auf die Versicherungspflicht und auf die Berechnung und Abführung der Beiträge, die die Kassen einziehen. Die Arbeitgeber haben den Kassen die Betriebsprüfung zu ermöglichen.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Durchführung der Prüfungen erlassen.

§ 325

(1) Ziehen die Kassen auch für andere Versicherungsträger die Beiträge ein, so soll die Betriebsprüfung gemeinsam für alle Versicherungsträger durchgeführt werden.

(2) Die beteiligten Versicherungsträger sollen sich über Ort und Zeit der geplanten Betriebsprüfung verständigen.

(3) Die beteiligten Versicherungsträger sind berechtigt, durch eigene Bedienstete bei der Betriebsprüfung mitzuwirken.

(4) Die Kosten der Betriebsprüfung kann die Kasse dem Arbeitgeber auferlegen, soweit er sie durch Pflichtversäumnis schuldhaft verursacht hat. § 28 Abs. 1 gilt entsprechend.

§ 326

(1) Die Arbeitgeber haben der Kasse sowie deren Beauftragten auf Verlangen über alle Tatsachen Auskunft zu geben, die nach § 296 zu melden sind. Sie haben Geschäftsbücher, Listen oder andere Unterlagen, aus denen diese Tatsachen hervorgehen, während der Betriebszeit an Ort und Stelle oder an der von der Kasse bestimmten Stelle vorzulegen.

(2) Die Versicherten haben über ihren Personenstand, über Art und Dauer ihrer Beschäftigung, über ihren Arbeitsverdienst oder ihr Gesamteinkommen sowie über die Tatsachen Auskunft zu geben, die für die Gewährung der Leistungen von Bedeutung sind.

§ 327

Orts- und Landkrankenkassen können mit der Prüfung von Betrieben, die außerhalb ihres Kassenbezirks ihren Sitz haben, die für den Betriebssitz zuständige Orts- oder Landkrankenkasse beauftragen. Die Kosten der Prüfung sind zu erstatten.

V. Rückzahlung des besonderen Beitrags

§ 328

(1) Der Versicherte erhält nach Ablauf eines Kalenderjahres den besonderen Beitrag zurück, soweit dieser fünfundzwanzig vom Hundert der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen übersteigt, die der Kasse für den Versicherten und seine Angehörigen, für die ihm Familienhilfe zusteht, nach § 391 Abs. 1 entstanden sind. Ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die bei Krankenhauspflege oder als Mutterschaftshilfe gewährt werden oder für die die Kasse einen Zuschuß gewährt, bleiben außer Betracht.

(2) Sind ärztliche oder zahnärztliche Leistungen in Eigeneinrichtungen der Kassen oder in Universitäts-Polikliniken erbracht worden, so kann die Kasse, wenn sich die Aufwendungen nicht feststellen lassen, einen angemessenen Betrag zugrunde legen.

(3) Scheidet der Versicherte während des Kalenderjahres aus der Kasse aus, so gilt Absatz 1 für die Zeit der Mitgliedschaft bei dieser Kasse entsprechend; die Rückzahlung bedarf eines Antrags.

VI. Besonderheiten für das Beitragswesen

§ 329

(1) Decken bei einer Kasse die allgemeinen Beiträge in Höhe von neun vom Hundert der Bemessungsgrundlage die Ausgaben nicht, so dürfen Mehr- und Ermessensleistungen außer den an die Stelle von Pflichtleistungen tretenden Ermessensleistungen nicht mehr gewährt werden. Dies ist den in Absätzen 2 und 3 genannten Verpflichteten unverzüglich mitzuteilen.

(2) Decken bei einer Ortskrankenkasse die allgemeinen Beiträge in Höhe von zehn vom Hundert der Bemessungsgrundlage die Ausgaben nicht, so haben die beteiligten Gemeinden oder Landkreise die erforderliche Finanzhilfe aus eigenen Mitteln zu leisten. Solange dies geschieht, können sie einen Vertreter mit der Wahrnehmung der Befugnisse der Organe beauftragen. Für diese Zeit ruhen die Aufgaben und Befugnisse der Organe.

(3) Decken bei der See-Krankenkasse die allgemeinen Beiträge in Höhe von zehn vom Hundert der Bemessungsgrundlage die Ausgaben nicht, so hat der Bund die erforderliche Finanzhilfe aus eigenen Mitteln zu leisten. Solange dies geschieht, kann er einen Vertreter mit der Wahrnehmung der Befugnisse der Organe beauftragen. Für diese Zeit ruhen die Aufgaben und Befugnisse der Organe.

§ 330

(1) Sind bei Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Kassen Fehlbeträge vorhanden, so haben dafür

bei Orts- und Landkrankenkassen die Gemeinden oder die Landkreise,

bei Betriebskrankenkassen die Arbeitgeber,

bei Innungskrankenkassen die Innungen,

bei Ersatzkassen die Mitglieder

einzutreten.

(2) Sind mehrere Arbeitgeber oder mehrere Innungen beteiligt, so haften sie als Gesamtschuldner.

§ 331

Muß eine Kasse, um ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, schleunig ihre Einnahmen vermehren, so kann bis zur satzungsmäßigen Neuregelung die Aufsichtsbehörde vorläufig verfügen, daß die allgemeinen Beiträge erhöht werden, jedoch nicht über die in § 329 Abs. 2 und 3 angegebene Grenze hinaus. § 329 Abs. 1 gilt entsprechend; laufende Leistungen bleiben unberührt.

§ 332

Übersteigen die Einnahmen der Kasse die Ausgaben, so sind, falls das gesetzliche Rücklagesoll und die Betriebsmittel aufgefüllt sind, die allgemeinen Beiträge zu ermäßigen.

VII. Verwaltung der Mittel

§ 333

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates Näheres bestimmen über

1. Haushaltswesen,
2. Art und Form der Rechnungsführung,
3. Aufstellung und Vorlage von Statistiken,
4. Aufstellung und Vorlage der Rechnungsergebnisse,
5. Form und Inhalt der von den Kassen zu führenden Mitglieder- und Krankenkarten,
6. Art und Form der gegenüber den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung zu erbringenden Nachweisungen.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung stellt alljährlich einen Nachweis über die gesamten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung auf.

§ 334

Die Kasse soll Betriebsmittel in Höhe des Eineinhalbfachen einer Monatsausgabe nach dem Durchschnitt der Ausgaben des vorangegangenen Geschäftsjahres haben.

VIII. Rücklagen der Krankenkassen

§ 335

(1) Jede Kasse hat neben den Betriebsmitteln eine Rücklage im Betrag der Aufwendungen für zwei Monate, jede Ersatzkasse im Betrag der Aufwendungen für sechs Monate anzusammeln (Rücklagesoll). Das Rücklagesoll ist nach dem Durchschnitt der letzten drei Geschäftsjahre zu berechnen, deren Rechnungsergebnisse bei der Aufstellung des Voranschlags vorliegen.

(2) Die Rücklage wird zur Hälfte bei dem Landesverband gebildet, dem die Kasse angehört, zur Hälfte bei der Kasse. Die Kasse kann die gesamte Rücklage beim Landesverband bilden. Gehört die Kasse keinem Landesverband an, so bildet sie die Rücklage selbst.

(3) Solange das Rücklagesoll nicht wenigstens zur Hälfte aufgefüllt ist, hat die Kasse zur Auffüllung der Rücklage jährlich mindestens zwei vom Hundert der im Voranschlag vorgesehenen Beitragseinnahmen abzuführen, im übrigen eins vom Hundert.

§ 336

Die Landesverbände der Krankenkassen verwalten die Rücklagen für die ihnen angehörenden Kassen als deren Sondervermögen. Die bei der Kasse gebildete Rücklage ist als Sondervermögen zu verwalten.

§ 337

(1) Die im Laufe des Jahres entstehenden Kapitalerträge und Gewinne des Sondervermögens werden nach Abzug der Kosten der Rücklageverwaltung gegen etwaige Verluste ausgeglichen; der Unterschiedsbetrag wird auf die beteiligten Kassen nach der Höhe ihres Rücklageguthabens im Jahresdurchschnitt verteilt.

(2) Ergibt sich nach Absatz 1 ein Überschuß, so wird er den Kassen, die ihr Rücklagesoll erfüllt

haben, voll ausgezahlt. Ist das Rücklagesoll noch nicht erfüllt, so wird er der Rücklage gutgeschrieben.

(3) Ergibt sich nach Absatz 1 ein Fehlbetrag, so wird er den Rücklageguthaben der Kassen zur Last geschrieben.

§ 338

Die Kasse kann über ihr Rücklageguthaben bis zur Höhe des Rücklagesolls nur zur Deckung außergewöhnlichen Geldbedarfs verfügen; die Verfügung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Nach Erschöpfung des Guthabens kann die Kasse vom Landesverband ein Darlehen aus dem Sondervermögen erhalten, das mit eins vom Hundert über dem Bundesbankdiskontsatz zu verzinsen ist.

IX. Auftragsangelegenheiten

§ 339

(1) Wenn Vorschriften außerhalb dieses Buches den Kassen Aufgaben allgemein oder durch Auftrag im Einzelfall zuweisen (Auftragsangelegenheiten), sind die Aufwendungen voll zu ersetzen. Zu den Aufwendungen gehören auch die bei Durchführung der Aufgaben entstandenen Verwaltungskosten.

(2) Die Höhe der zu ersetzenden Verwaltungskosten, die Berechnung der Aufwendungen und die Form der Erstattung bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

§ 340

Die Kasse kann Leistungen im Sinne des § 176, soweit Leistungen dieser Art dem Träger der Sozialhilfe obliegen, durch Vereinbarung mit diesem übernehmen, wenn ihr Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie angemessener Ersatz ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

SECHSTER ABSCHNITT

Besonderheiten für einzelne Personengruppen

I. Allgemeine Vorschrift

§ 341

Für die Versicherung der in diesem Abschnitt genannten Personengruppen gelten die in den §§ 342 bis 365 vorgesehenen Besonderheiten.

II. Hausgehilfen

§ 342

Werden Hausgehilfen auch in dem Betrieb oder einem anderen Erwerbsgeschäft des Arbeitgebers beschäftigt, so wird dadurch die Zuständigkeit der Landkrankenkasse nicht berührt. Beschäftigt der Arbeitgeber neben Hausgehilfen versicherungspflichtige Arbeitnehmer, für die eine andere als die Landkrankenkasse zuständig ist, so gehören auch die Hausgehilfen in diese Kasse.

III. Unständig Beschäftigte

§ 343

(1) Arbeitnehmer, deren Beschäftigung in der Regel auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist, werden auf ihren Antrag als unständig Beschäftigte in das Mitgliederverzeichnis der für den Wohnort zuständigen Ortskrankenkasse oder, wenn sie überwiegend landwirtschaftlich beschäftigt sind, der Landkrankenkasse eingetragen. Die Eintragung begründet die Mitgliedschaft.

(2) Die Eintragung wird gelöscht, wenn die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgegeben wird. Die unständige Beschäftigung gilt als aufgegeben, wenn länger als einen Monat keine Beschäftigung ausgeübt worden ist.

(3) Die Landesregierungen bestimmen durch Rechtsverordnung das Nähere über die zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Meldungen, über Berechnung und Zahlung der Beiträge sowie über Berechnung und Zahlung der Barleistungen.

IV. Reisegewerbe

§ 344

Der Arbeitgeber, der einer Reisegewerbekarte bedarf, hat die in seinem Betrieb versicherungspflichtig Beschäftigten, von denen er sich von Ort zu Ort begleiten lassen will, bei der Kasse als Mitglieder zu melden, in deren Bezirk der Sitz der Behörde liegt, die für die Erteilung der Reisegewerbekarte zuständig ist. Befindet sich der Arbeitgeber außerhalb dieses Bezirks, so hat er solche Beschäftigte durch Vermittlung der Landkrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, der Ortskrankenkasse des Aufenthaltsortes bei der zuständigen Kasse zu melden.

§ 345

(1) Der Arbeitgeber hat ein Verzeichnis der Beschäftigten, von denen er sich von Ort zu Ort begleiten läßt, mit sich zu führen. Das Verzeichnis wird von der Kasse ausgestellt oder ergänzt, die die Meldung entgegennimmt.

(2) Das Verzeichnis muß die für die Durchführung der Versicherung erforderlichen Angaben enthalten und Aufschluß über Zahlung oder Stundung der Beiträge geben. § 300 gilt entsprechend.

§ 346

Das Verzeichnis (§ 345) ist vor Erteilung der Erlaubnis nach §§ 60 a oder 62 Abs. 1 der Gewerbeordnung der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 347

(1) Die Leistungen werden nach der Satzung der zuständigen Kasse von der Landkrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, von der Ortskrankenkasse des Aufenthaltsortes gewährt. Die Aufwendungen sind von der zuständigen Kasse zu erstatten.

(2) Werden von einer anderen als der nach § 344 Satz 1 zuständigen Kasse Leistungen begehrt, so hat der Versicherte bei dieser Kasse eine vom Arbeitgeber ausgestellte Bescheinigung abzugeben, aus der hervorgeht, daß er in das Verzeichnis eingetragen ist.

(3) Als monatliches Entgelt, nach dem sich Beiträge und Leistungen der Kasse bemessen, gilt ein Drittel des in § 304 Abs. 3 Satz 1 genannten Betrages, falls kein höherer Betrag vereinbart ist oder gezahlt wird.

§ 348

(1) Der Arbeitgeber hat die Beiträge jeweils für drei Monate, erstmalig bei der Anmeldung, oder mit Erlaubnis der Kasse für eine kürzere Zeit im voraus zu entrichten. Im Falle des § 344 Satz 2 sind die Beiträge an die vermittelnde Kasse zu zahlen und von ihr an die zuständige Kasse weiterzuleiten.

(2) Wird die Erlaubnis nach § 62 der Gewerbeordnung zurückgenommen oder der Betrieb sonst eingestellt, so erstattet die Kasse auf Antrag die zuviel gezahlten Beiträge. Dies gilt auch, wenn Personen den Arbeitgeber nachweislich nicht mehr begleiten.

V. In Heimarbeit Beschäftigte

§ 349

Die in § 166 Abs. 1 Nr. 2 genannten Versicherten sind bei der Ortskrankenkasse ihrer Betriebsstätte versichert. Hat der Versicherte mehrere Betriebsstätten, die in Bezirken verschiedener Ortskrankenkassen liegen, so ist die Ortskrankenkasse zuständig, in deren Bezirk sie gemeinsam verwaltet werden.

§ 350

(1) Wer Heimarbeit an die in § 166 Abs. 1 Nr. 2 genannten Versicherten ausgibt oder weitergibt, hat sie bei der nach § 349 zuständigen Kasse innerhalb von sieben Tagen zu melden. Im übrigen hat er, soweit die folgenden Vorschriften nichts anderes bestimmen, die Pflichten des Arbeitgebers zu erfüllen.

(2) Die in § 166 Abs. 1 Nr. 2 genannten Versicherten sind abzumelden, wenn nach Ablieferung der letzten Arbeit nicht innerhalb von zwei Wochen neue Aufträge erteilt werden sollen.

§ 351

(1) Die Auftraggeber haben bei jeder Entgeltzahlung den Arbeitgeber- und den Arbeitnehmeranteil des allgemeinen Beitrags und den besonderen Beitrag abzuführen; Entgelt, das die in § 304 Abs. 3 genannte Grenze übersteigt, bleibt außer Betracht.

(2) Die Satzung hat den allgemeinen Beitrag um einen Vomhundersatz zu erhöhen, der den Mehraufwendungen für Krankengeld in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit entspricht.

(3) Bei der Beitragsbemessung bleiben Unkostenzuschläge außer Betracht.

(4) Die Satzung der Kasse bestimmt die Zahltage.

§ 352

Als monatliches Entgelt, nach dem sich Leistungen der Kasse bemessen, gilt ein Drittel des der Bemessung des Beitrags in den letzten drei Kalendermonaten vor Eintritt des Leistungsfalls zugrunde liegenden Betrages.

VI. Lehrlinge

§ 353

(1) Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden, erhalten kein Krankengeld, jedoch Mutterschaftsgeld.

(2) Für diese Lehrlinge bestimmt die Satzung, nach welcher Lohnstufe Beiträge zu entrichten sind.

VII. Seeleute

§ 354

§ 167 Abs. 1 Nr. 1 gilt nicht für Besatzungsmitglieder deutscher Seefahrzeuge und für Seeleute, die als Arbeitnehmer auf Kriegs- und Hilfsschiffen der Bundeswehr eingeschifft sind.

§ 355

(1) Besteht die Besatzung eines Seefahrzeuges, das unter ausländischer Flagge fährt, ganz oder teilweise aus Seeleuten, die Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes sind und die bei gleicher Beschäftigung auf einem deutschen Seefahrzeug versicherungspflichtig wären, so gelten sie als versicherungspflichtige Besatzungsmitglieder deutscher Seefahrzeuge, wenn der Reeder dies beantragt, der Staat, dessen Flagge das Schiff führt, der Versicherung nicht widerspricht, der Reeder für die Beiträge Sicherheit leistet und einen inländischen Bevollmächtigten hat, der die Pflichten des Arbeitgebers übernimmt.

(2) Über den Antrag entscheidet die See-Krankenkasse.

(3) Versicherte nach Absatz 1 sind Mitglieder der See-Krankenkasse.

§ 356

Die in § 171 Abs. 2 bestimmte Frist beginnt für Seeleute, die auf Grund des § 72 des Seemanns-

gesetzes einen Rückbeförderungsanspruch haben, frühestens mit der Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzes.

§ 357

Versicherungsberechtigte in Schiffsbetrieben von Unternehmen, die zur See-Berufsgenossenschaft gehören, können sich nur bei der See-Krankenkasse freiwillig versichern.

§ 358

Für die Berechnung von Barleistungen und Beiträgen sind als Entgelt der monatliche Durchschnitt des baren Entgelts und der monatliche Durchschnittssatz für Beköstigung (§ 1068) zugrunde zu legen.

§ 359

Der Anspruch des Seemanns auf Krankenhilfe ruht, soweit durch das Seemannsgesetz für den Fall der Erkrankung oder Verletzung Vorsorge getroffen ist; er ruht insbesondere, solange sich der Seemann an Bord des Schiffes, auf der Reise oder im Ausland befindet, es sei denn, daß der Seemann nach § 44 Abs. 1 des Seemannsgesetzes die Krankenhilfe des Trägers der Krankenversicherung gewählt oder der Reeder ihn nach § 44 Abs. 2 des Seemannsgesetzes an den Träger der Krankenversicherung verwiesen hat.

§ 360

Ist die Aufnahme in ein Krankenhaus nicht geboten, so kann die See-Krankenkasse dem arbeitsunfähigen Seemann Unterkunft und Verpflegung in einem Seemannsheim gewähren. Daneben ist Krankengeld nach § 204 zu zahlen.

§ 361

(1) Setzt der Reeder die Krankenfürsorge im Fall des § 47 Abs. 1 des Seemannsgesetzes fort, so hat ihm die See-Krankenkasse die Kosten der fortgesetzten Krankenfürsorge zu erstatten.

(2) Die See-Krankenkasse hat dem Reeder die Aufwendungen zu erstatten, die ihm nach § 48 Abs. 2 des Seemannsgesetzes entstanden sind.

(3) Der Reeder kann von der See-Krankenkasse aus dem Sterbegeld den Ersatz der Aufwendungen verlangen, die ihm durch die Landbestattung des Seemanns (§ 75 des Seemannsgesetzes) entstanden sind.

(4) Dem Reeder sind in entsprechender Anwendung des § 230 Abs. 2 auch die Kosten zu erstatten, die ihm aus der Krankenfürsorge nach § 42 des Seemannsgesetzes entstanden sind. Dies gilt nicht für Leistungen, die an Bord des Schiffes erbracht werden. Die Satzung kann eine pauschale Abgeltung der erstattungsfähigen Kosten vorsehen.

§ 362

Die Vorschriften der §§ 359 und 361 gelten entsprechend für Versicherte, die nicht Mitglieder der See-Krankenkasse sind, für die aber bei einer Erkrankung oder Verletzung durch das Seemannsgesetz Vorsorge getroffen ist.

§ 363

(1) Das Mitglied der See-Krankenkasse erhält außerhalb des Gebiets der Freien und Hansestadt Hamburg die ihm für sich und seine Angehörigen zustehenden Leistungen im Auftrag und für Rechnung der See-Krankenkasse von der Ortskrankenkasse des Beschäftigungs-, Wohn- oder Aufenthaltsorts oder von der Betriebskrankenkasse seiner Reederei. Die beauftragte Kasse hat der See-Krankenkasse unverzüglich die Übernahme und das Ende ihrer Leistungsgewährung anzuzeigen.

(2) Die See-Krankenkasse hat der beauftragten Kasse die für Höhe und Dauer der Leistungen maßgebenden Verhältnisse mitzuteilen.

§ 364

(1) Die See-Krankenkasse hat der beauftragten Kasse die Kosten nebst sieben vom Hundert Verwaltungskosten zu ersetzen.

(2) Das Nähere über die Durchführung der Aushilfe vereinbart die See-Krankenkasse mit dem Bundesverband der Ortskrankenkassen. Diese Vereinbarung ist für die Ortskrankenkassen bindend.

(3) Die Vereinbarung von Pauschsätzen für die Erstattung der Kosten ist zulässig.

VIII. Deutsche Beschäftigte bei Arbeitgebern, die nicht der deutschen Gerichtsbarkeit unterstehen

§ 365

Die deutschen Beschäftigten ausländischer Staaten und solcher Personen, die nicht der deutschen Gerichtsbarkeit unterstehen, mit Ausnahme der in § 355 genannten Versicherten, haben die Pflichten der Arbeitgeber in der Krankenversicherung selbst zu erfüllen.

SIEBENTER ABSCHNITT

Kassenverbände

I. Bezirksverbände

§ 366

(1) Die Kassen mit dem Sitz innerhalb des Bezirks einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises können sich durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen zu einem Bezirksverband zusammenschlie-

ßen; der Beschluß bedarf der Genehmigung der für den Verband zuständigen Aufsichtsbehörde. Mit dem Antrag ist eine vorläufige Satzung zur Genehmigung vorzulegen. Die Vorsitzenden der Vorstände der beteiligten Kassen und ihre Stellvertreter bilden den vorläufigen Vorstand des Verbandes.

(2) Kassen, die in dem Bezirk des Verbandes Verwaltungs- oder Geschäftsstellen unterhalten, können auf Beschluß ihrer Vertreterversammlungen dem Bezirksverband beitreten.

(3) Der Bezirksverband kann auf Beschluß seines Vorstandes aufgelöst werden. Die Kasse kann auf Beschluß ihrer Vertreterversammlung aus dem Bezirksverband ausscheiden. Die Beschlüsse bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde; diese setzt den Zeitpunkt fest, zu dem die Auflösung oder Ausscheidung wirksam wird.

(4) Mit Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes kann sich ein Bezirksverband über die Bezirke mehrerer kreisfreier Städte oder Landkreise erstrecken.

(5) Die Bezirksverbände sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie werden von einem Vorstand verwaltet.

§ 367

(1) Der Bezirksverband muß eine Satzung haben. Der Vorstand beschließt die Satzung; sie muß bestimmen über

1. Namen, Bezirk und Sitz des Verbandes und der ihm angeschlossenen Kassen,
2. Zweck des Verbandes,
3. das Ausscheiden von Kassen aus dem Verband, die Vermögensauseinandersetzung, die Haftung für die Verbindlichkeiten im Zeitpunkt des Ausscheidens,
4. Zusammensetzung, Wahl, Rechte und Pflichten des Vorstandes,
5. Höhe der nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes zu gewährenden Beträge,
6. Aufstellung des Voranschlags,
7. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
8. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
9. Art der Bekanntmachungen,
10. Änderung der Satzung.

(2) § 290 Satz 1, §§ 291 und 292 gelten entsprechend.

§ 368

(1) Der Bezirksverband kann für die ihm angeschlossenen Kassen, wenn er dazu bevollmächtigt wird,

1. die Betriebsprüfungen übernehmen,
2. den Beitragseinzug und die Zwangsbeitreibung durchführen,
3. die Einhaltung der Krankenordnung überwachen,
4. die den Kassen eingereichten Verordnungsblätter und ärztlichen Leistungsnachweise prüfen.

Die Verpflichtungen der Krankenkassen als Einzugsstellen der Beiträge zu den Rentenversicherungen und zur Arbeitslosenversicherung werden durch Übertragung von Aufgaben nach Nummern 1 und 2 auf den Bezirksverband nicht berührt.

(2) Der Bezirksverband kann mit Genehmigung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes weitere Aufgaben übernehmen.

§ 369

§§ 27 d, 27 e, 115 bis 117, 321 Abs. 2 und 3 und § 333 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 gelten entsprechend.

II. Landes- und Bundesverbände

§ 370

(1) In jedem Land bilden

die Ortskrankenkassen
einen Landesverband der Ortskrankenkassen,

die Landkrankenkassen
einen Landesverband der Landkrankenkassen,

die Betriebskrankenkassen
einen Landesverband der Betriebskrankenkassen,

die Innungskrankenkassen
einen Landesverband der Innungskrankenkassen,

Die Kassen, mit Ausnahme der in § 371 Abs. 2 genannten, gehören dem Landesverband des Landes an, in dem sie ihren Sitz haben.

(2) Besteht in einem Land nur eine Kasse der gleichen Kassenart, so hat diese Kasse die Rechtsstellung eines Landesverbandes.

(3) Mit Genehmigung der beteiligten, für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden können sich Verbände der gleichen Kassenart nach Absatz 1 zu einem für mehrere Länder gemeinsamen Verband zusammenschließen.

§ 371

(1) Die Landesverbände der in § 370 Abs. 1 genannten Kassenarten bilden je einen Bundesverband.

(2) Dem Bundesverband der Ortskrankenkassen gehört außerdem die See-Krankenkasse, dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen gehören außerdem die Betriebskrankenkassen der Verwaltungen und Betriebe des Bundes an.

(3) Die Arbeiter-Ersatzkassen bilden den Bundesverband der Arbeiter-Ersatzkassen, die Angestellten-Ersatzkassen den Bundesverband der Angestellten-Ersatzkassen.

§ 372

Die Landes- und Bundesverbände der Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts.

§ 373

(1) Jeder Landes- und Bundesverband muß eine Satzung haben.

(2) Die Satzung muß bestimmen über

1. Namen und Sitz des Verbandes,
2. Bezirk des Verbandes und seine Mitglieder,
3. Rechte und Pflichten der Verbandsmitglieder,
4. Zahl und Wahl der Mitglieder der Organe und ihrer Vertreter,
5. Rechte und Pflichten der Organe,
6. Höhe der nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes zu gewährenden Beträge,
7. Art der Beschlußfassung der Vertreterversammlung,
8. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
9. Aufstellung des Voranschlags,
10. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
11. Art der Bekanntmachungen,
12. Änderung der Satzung.

(3) § 290 Satz 1, §§ 291 und 292 gelten entsprechend.

§ 374

§§ 25, 26, 27 d, 27 e, 115 bis 117, 294, 295 Abs. 1 und § 333 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 gelten entsprechend.

§ 375

Die Landesverbände haben die Aufgaben zu erfüllen, die ihnen bundes- oder landesrechtliche Vorschriften zuweisen. Darüber hinaus haben sie ihre Mitgliedskassen zu unterstützen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung,
2. Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken,
3. Abschluß und Änderung von Verträgen mit anderen Trägern der Sozialversicherung oder deren Verbänden, mit Vereinigungen und Verbänden von Heilberufen und Lieferanten sowie mit Krankenanstalten, wenn sie von der Mitgliedskasse dazu bevollmächtigt worden sind,
4. Übernahme der Vertretung gegenüber anderen Versicherungsträgern, vor Behörden und Gerichten,
5. Förderung der Ausbildung der Verwaltungsanwärter und Lehrlinge bei den Kassen und der Fortbildung der sonstigen bei den Kassen Beschäftigten,
6. Arbeitstagungen der Geschäftsführer,
7. Verwaltung der Rücklagen,
8. Errichtung und Betrieb von Kur- und Genesungsheimen und ähnlichen Einrichtungen.

§ 376

Die Bundesverbände haben die Aufgaben zu erfüllen, die ihnen bundesrechtliche Vorschriften zuweisen. Darüber hinaus haben sie ihre Mitglieder zu unterstützen, insbesondere durch

1. Beratung und Unterrichtung, auch durch Schriften,
2. Aufstellung und Auswertung von Statistiken zu Verbandszwecken,
3. Abschluß und Änderung von Verträgen soweit sie von den Landesverbänden oder den unmittelbar angeschlossenen Kassen für deren Bereich dazu bevollmächtigt worden sind,
4. Übernahme der Vertretung gegenüber anderen Versicherungsträgern, vor Behörden und Gerichten,
5. Maßnahmen zur Förderung und Fortbildung der Kassenbediensteten.

§ 377

Die Bundesverbände der Ersatzkassen haben auch die den Landesverbänden zugewiesenen Aufgaben mit Ausnahme der in § 375 Satz 2 Nr. 7 genannten wahrzunehmen.

§ 378

Die Landes- und Bundesverbände haben in Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung die zuständigen Behörden zu unterstützen.

§ 379

Die Verbände der beteiligten Kassen sollen vor Errichtung, Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Mitgliedskassen gehört werden.

ACHTER ABSCHNITT

Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte

I. Kassenärzte und Kassenzahnärzte

§ 380

(1) Ärzte, Zahnärzte und Kassen wirken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen (kassenärztliche Versorgung) zusammen.

(2) Soweit sich die folgenden Vorschriften auf Ärzte oder deren Vereinigungen beziehen und

nichts besonderes bestimmt ist, gelten sie entsprechend für Zahnärzte oder deren Vereinigungen.

(3) Die kassenärztliche Versorgung umfaßt die ärztliche Behandlung. Zu ihr gehören auch ärztliche Maßnahmen der Vorsorgehilfe, ärztliche Betreuung bei Mutterschaft, die Eingliederung von notwendigem Zahnersatz, die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln, Brillen und von Krankenhauspflege sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, die die Kassen und der vertrauensärztliche Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen.

§ 381

Die ärztliche Behandlung wird durch Ärzte gewährt, die zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen oder an ihr beteiligt sind. Sie wird ferner in Universitäts-Polikliniken gewährt, mit denen nach § 401 Abs. 4 Verträge abgeschlossen sind, sowie in Eigeneinrichtungen der Kassen.

§ 382

(1) Die Zulassung erfolgt für einen oder mehrere Orte oder für Ortsteile (Kassenarztsitz).

(2) Mit der Zulassung wird der Kassenarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung; damit ist er berechtigt und verpflichtet, an der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die vertraglichen Bestimmungen über die kassenärztliche Versorgung sind für ihn verbindlich.

§ 383

(1) Jeder Arzt, der seine Eintragung in ein Arztregister nachweist, kann sich um die Zulassung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bewerben. Die Arztregister werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. In ein Arztregister wird der Arzt auf Antrag nach Ableistung einer Vorbereitungszeit eingetragen. Dauer und Art der Vorbereitungszeit bestimmt die Zulassungsordnung.

(2) Der Arzt, der sich um die Zulassung bewirbt, hauptberuflich in freier Praxis tätig ist und die Voraussetzungen nach der Zulassungsordnung erfüllt, ist zur kassenärztlichen Versorgung zuzulassen. Der Zulassungsausschuß hat ihm am Ort seiner Niederlassung einen Kassenarztsitz zuzuweisen. Die Voraussetzung der hauptberuflichen Tätigkeit in freier Praxis braucht erst erfüllt zu sein, wenn die Zulassung wirksam wird.

§ 384

(1) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. Sie ist auf Zeit oder Dauer zu entziehen, wenn der Kassenarzt seine kassenärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Die Entziehung der Zulassung bewirkt, daß der Arzt für die Dauer der Entziehung nicht zugelassen werden kann.

(2) Die Zulassung ruht, wenn der Kassenarzt seine Tätigkeit vorübergehend nicht ausübt und der Zulassungsausschuß zustimmt. Die Zustimmung ist zu versagen oder zurückzunehmen, wenn die Wiederaufnahme der Tätigkeit nicht innerhalb einer angemessenen Frist zu erwarten ist oder die kassenärztliche Versorgung gefährdet wird.

(3) Die Zulassung endet mit dem Tode, nach Verzicht oder mit der Aufgabe der Niederlassung im Bezirk des Kassenarztsitzes.

§ 385

(1) Ist im Bezirk einer Ortskrankenkasse die kassenärztliche Versorgung gefährdet, so ist ein Kassenarztsitz unter Zusicherung einer Mindesteinnahme auszuschreiben. Die erforderlichen Aufwendungen trägt die Kassenärztliche Vereinigung.

(2) Die kassenärztliche Versorgung gilt insbesondere als gefährdet, wenn im Bezirk einer Ortskrankenkasse auf einen Kassenarzt mehr als 1200 Versicherte, auf einen Kassenzahnarzt mehr als 2000 Versicherte entfallen.

§ 386

Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) sind vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag hin für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhaus an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen. Voraussetzung für die Beteiligung ist die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister. Für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung haben diese Ärzte die Rechte und Pflichten der Kassenärzte. Die ärztliche Tätigkeit ist persönlich auszuüben.

§ 387

(1) Zur Entscheidung in Zulassungssachen errichten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung (Zulassungsbezirk) einen Zulassungsausschuß für Ärzte und einen Zulassungsausschuß für Zahnärzte.

(2) Die Zulassungsausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst und aus Vertretern der Ärzte und der Kassen in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Kassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Unter den Vertretern der Ärzte soll ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt sein. Die Aufsichtsbehörden berufen den Vorsitzenden, die Vertreter der Ärzte oder der Kassen für die Zeit, für die eine Einigung über den Vorsitzenden nicht zustande kommt oder für die die Kassenärztliche Vereinigung oder die Landesverbände der Krankenkassen Vertreter nicht

bestellen. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse versehen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden.

(3) Der Zulassungsausschuß kann die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung anordnen, wenn er sie im öffentlichen Interesse für geboten hält.

(4) Die Geschäfte der Zulassungsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Die Kosten der Zulassungsausschüsse werden, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind, je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen getragen. Die Vorschriften der §§ 115 bis 117 gelten entsprechend.

§ 388

(1) Die Zulassungsordnung regelt das Nähere über die Zulassung. Sie wird vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach Anhörung der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen als Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen.

(2) Die Zulassungsordnung muß Vorschriften enthalten über

1. die Bildung und Abgrenzung der Zulassungsbezirke,
2. die Führung der Arztregister durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und des Bundesarztregisters durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
3. das Recht auf Einsicht in die Arztregister und die Registerakten, insbesondere durch die betroffenen Ärzte und Kassen,
4. das Verfahren für die Eintragungen in die Arztregister,
5. die Zusammensetzung der Zulassungsausschüsse, die Zahl, die Bestellung, die Abberufung der Mitglieder sowie ihrer Stellvertreter, ihre Amtsdauer, ihre Amtsführung und die Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
6. die Geschäftsführung der Zulassungsausschüsse,
7. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung und der Eignung zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit,
8. die Feststellung der Voraussetzungen, unter denen die kassenärztliche Versorgung als gefährdet anzusehen ist,
9. die Grundsätze für die Bemessung der Mindesteinnahmen und die Auswahl unter mehreren Bewerbern im Falle des § 385,
10. die Beschäftigung von Vertretern und Assistenten nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufes,
11. den Umfang der Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte,
12. die Beteiligung von Ärzten in besonderen Fällen,
13. das Verfahren vor den Ausschüssen,
14. die Verfahrensgebühren und die Verteilung der Kosten der Ausschüsse auf die beteiligten Verbände.

§ 389

(1) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Kassenarzt gegenüber dem zu Behandelnden zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts.

(2) Der Kassenarzt ist an die Gebührenordnung (§ 392) gebunden.

(3) Der Kassenarzt darf Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges, die Erkennung der Krankheit, zur Linderung der Krankheitsbeschwerden oder zur Abwendung einer Krankheit nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht bewirken oder verordnen.

§ 390

(1) Der Kassenarzt reicht als Leistungsnachweis die Mitgliedsbescheinigungen, deren Geltungsdauer abgelaufen ist, mit seiner Honorarforderung spätestens am Ende des Kalendervierteljahres seiner Kassenärztlichen Vereinigung ein. Auf den Mitgliedsbescheinigungen sind die Krankheitsbezeichnungen zu vermerken.

(2) Die Honorarforderung ohne Angabe der Krankheitsbezeichnung ist dem Versicherten mitzuteilen.

§ 391

(1) Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Forderungen auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit und darauf, ob sie den Bestimmungen des § 389 Abs. 3 entsprechen. Die Kassenärztliche Vereinigung reicht die Leistungsnachweise nach Ablauf des Kalendervierteljahres gesammelt der Kasse ein. Der Rechnungsbetrag der sachlich und rechnerisch als richtig festgestellten Forderungen ist von der Kasse unverzüglich an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichten. Das Recht der Kasse, zuviel gezahlte Beträge zurückzufordern, bleibt unberührt. Die Kassenärztliche Vereinigung überweist den sich aus der sachlich und rechnerisch als richtig gestellten Forderung ergebenden Betrag an den Kassenarzt.

(2) Hat ein Kassenarzt gegen § 389 Abs. 3 verstoßen, so ist die Angelegenheit auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kasse von einem Prüfungsausschuß zu prüfen. Der Arzt ist hierbei zu hören. Mehrausgaben, die der Arzt durch unnötige oder unwirtschaftliche Behandlung oder Verordnung verschuldet hat, sind von ihm zu erstatten. Die Erstattungsbeträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung für die Kassen einzuziehen.

(3) Ergibt die Prüfung der Gesamtabrechnung eines Kassenarztes, daß Umfang und Art der abgerechneten Leistungen nach ärztlichen Erfahrungsgrundsätzen mit sachgemäßer Behandlungsweise nicht zu vereinbaren sind, so ist die Gesamtforderung auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Kasse angemessen zu kürzen. Das gleiche gilt, wenn in mehr als einem Fünftel der Leistungsnachweise des Kassenarztes in einem Kalendervierteljahr Verstöße gegen § 389 Abs. 3 festgestellt worden sind. Der zuviel gezahlte Betrag ist vom Kassenarzt zu erstatten. Absatz 2 Sätze 2 und 4 gilt.

(4) Gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses über die Erstattungspflicht können der betroffene Kassenarzt, die Kasse und die Kassenärztliche Vereinigung binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung Widerspruch beim Beschwerdeausschuß einlegen; der Widerspruch bewirkt Aufschub, wenn ein Erstattungsbetrag wegen unnötiger oder unwirtschaftlicher Verordnung festgesetzt worden ist.

(5) Die Prüfungsausschüsse werden von der Kassenärztlichen Vereinigung gebildet. Die Kassen können sich darin vertreten lassen; ein Stimmrecht steht ihnen nicht zu.

(6) Die Beschwerdeausschüsse bestehen aus einem Vorsitzenden, der Arzt sein muß, und aus Vertretern der Ärzte und Kassen. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Kassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. § 387 Abs. 2 Sätze 5 und 6 sowie Abs. 3 gilt entsprechend.

(7) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen regeln das Nähere über die Zusammensetzung der Beschwerdeausschüsse sowie das Prüf- und Abrechnungsverfahren durch Verträge. § 395 gilt entsprechend.

§ 392

(1) Die Kassen vergüten die ärztlichen Leistungen nach der Gebührenordnung.

(2) Der Vertragsausschuß der Ärzte und Krankenkassen vereinbart die Gebührenordnung für die Kassenärzte, der die Ansätze der Gebührenordnung nach § 11 der Bundesärzteordnung vom 2. Oktober 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1857) zugrunde gelegt werden sollen. Der Vertragsausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen vereinbart die Gebührenordnung für die Kassenzahnärzte, der die Ansätze der Gebührenordnung nach § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 221) zugrunde gelegt werden sollen. Die Gebührenordnungen haben Zuschläge zu den Gebühren für solche Kassen vorzusehen, bei denen das der Beitragsbemessung zugrunde liegende durchschnittliche monatliche Entgelt der in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherten den Durchschnitt aller Kassen übersteigt. Für die Berechnung der durchschnittlichen monatlichen Entgelte gilt § 309 Abs. 2 Satz 3. Zuschläge sind für Steigerungen von je zehn vom Hundert der bezeichneten Entgelte vorzusehen.

§ 393

(1) Zur Vereinbarung der Gebührenordnungen, ihrer Änderungen und der laufenden Anpassung der Gebührensätze an Veränderungen der wirtschaftlichen Verhältnisse errichten die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen Vertragsausschüsse.

(2) Die Vertragsausschüsse bestehen aus Vertretern der Ärzte und Kassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Vertreter der Kassen und deren Stellvertreter von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellt. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Kassen.

(3) Eine Vereinbarung kommt zustande, wenn ihr alle Mitglieder des Vertragsausschusses zustimmen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so wird der Vertragsausschuß um einen unparteiischen Vorsitzenden erweitert. Der Vertragsausschuß entscheidet dann mit Stimmenmehrheit. Über den Vorsitzenden sollen sich die Vertreter der Ärzte und der Kassen einigen. Einigen sie sich nicht, so wird der Vorsitzende aus einer gemeinsamen Vorschlagsliste durch das Los bestimmt. Kommt eine gemeinsame Vorschlagsliste nicht zustande, so beruft die Aufsichtsbehörde den Vorsitzenden aus den von den Vertretern der Ärzte und der Kassen eingereichten Vorschlagslisten.

(4) Die Geschäfte der Vertragsausschüsse werden bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geführt. Die Kosten werden je zur Hälfte von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Bundesverbänden der Krankenkassen getragen.

§ 394

(1) Die kassenärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist.

(2) Den allgemeinen Inhalt der Verträge vereinbart die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Mantelverträgen (Bundesmantelverträge). Die Bundesmantelverträge können nach bezirklichen Bedürfnissen durch Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen (Landesmantelverträge) und durch Vereinbarungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Kassen ergänzt werden.

(3) Verträge mit Kassen, deren Bezirk sich über den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung hinaus erstreckt, werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen; sie kann den Abschluß den beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen.

(4) Gegenstand der Verträge über die kassenärztliche Versorgung ist auch die ärztliche Behandlung bei Krankenhauspflege, wenn sie durch Kassenärzte erfolgt und ihre Vergütung nicht durch

das Krankenhaus aus dem Pflegesatz abgegolten wird, sowie die Ausführung ärztlicher Sachleistungen in Krankenhäusern, die nicht bei Krankenhauspflege erbracht werden.

(5) Zahl und Umfang der Eigeneinrichtungen der Kassen zur ärztlichen Versorgung dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Kassen vermehrt werden.

§ 395

(1) Kommt ein Vertrag über die kassenärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, so setzt das Schiedsamt auf Antrag einer der Vertragsparteien innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Vertrages fest. Die Festsetzung hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung. Sie kann nach Ablauf eines halben Jahres mit Vierteljahresfrist gekündigt werden.

(2) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, so hat sie gleichzeitig die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, so hat das Schiedsamt dessen Inhalt innerhalb von drei Monaten festzusetzen. Absatz 1 Sätze 2 und 3 gilt entsprechend. Bis zur Entscheidung des Schiedsamts gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages.

§ 396

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen errichten für den Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung oder für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen

ein Landesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung

und

ein Landesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen errichten

ein Bundesschiedsamt für die kassenärztliche Versorgung

und

ein Bundesschiedsamt für die kassenzahnärztliche Versorgung.

(2) Die Landesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst sowie aus Vertretern der Ärzte und der Kassen in gleicher Zahl. Über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter sollen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen einigen. Für den Fall, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen sich nicht auf den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter für eine Amtsdauer von vier Jahren einigen, stellen beide Organisationen eine gemeinsame Liste auf, die mindestens die Namen für zwei Vorsitzende und ihre Stellvertreter enthalten muß. Kommt es nicht zu einer Einigung über den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter aus der gemeinsam aufgestellten Liste, so entscheidet das Los, wer das Amt des Vorsitzenden auszuüben hat. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die Vertreter der Kassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Die Mitglieder der Landesschiedsämter versehen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen tragen die Kosten der Landesschiedsämter je zur Hälfte, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt sind.

(3) Die Bundesschiedsämter bestehen aus einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst sowie aus Vertretern der Ärzte und Kassen in gleicher Zahl. Die Vertreter der Ärzte und deren Stellvertreter werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Vertreter der Kassen und deren Stellvertreter von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellt. Absatz 2 Sätze 2 bis 5, 7 und 8 gilt entsprechend.

(4) Die Landesschiedsämter sind für die Festsetzung der Verträge zuständig, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen sind, die Bundesschiedsämter für die Verträge, die von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abzuschliessen sind.

(5) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt eine Schiedsamtsordnung als Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Die Schiedsamtsordnung muß bestimmen über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Geschäftsführung,
3. das Verfahren entsprechend den Grundsätzen des Vorverfahrens in der Sozialgerichtsbarkeit,
4. die Erhebung und die Höhe der Gebühren.

§ 397

(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz übertragenen Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung bilden die Kassenärzte für den Bereich jedes Landes eine Kassenärztliche Vereinigung. Mit Zustimmung der beteiligten für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden können für mehrere Länder gemeinsame Kassenärztliche Vereinigungen gebildet werden.

(2) Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung sind die Kassenärzte und die an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte. Außerordentliche Mitglieder sind die in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung eingetragenen nicht zugelassenen und nicht an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. §§ 27d, 27e und 333 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 gelten entsprechend.

§ 398

(1) Jede Kassenärztliche Vereinigung und Kassenärztliche Bundesvereinigung muß eine Satzung haben. Die Vertreterversammlung beschließt die Satzung und ihre Änderungen.

(2) Die Satzung muß bestimmen über

1. Namen, Bezirk und Sitz der Vereinigung,
2. Zahl, Zusammensetzung, Wahl, Amtsführung sowie Aufgaben und Befugnisse der Organe,
3. Rechte und Pflichten der Mitglieder,
4. Höhe der Aufwandsentschädigung für den Vorsitzenden des Vorstandes und seinen Stellvertreter,
5. Höhe der Entschädigung für Barauslagen und für Zeitverlust, die den Mitgliedern der Organe bei der Wahrnehmung des Ehrenamts entstehen,
6. Aufbringung und Verwaltung der Mittel,
7. Aufstellung des Haushaltsplanes,
8. Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung,
9. Art der Bekanntmachungen,
10. Änderung der Satzung,
11. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle.

(3) § 290 Satz 1, § 291 Abs. 1, § 292 gelten entsprechend.

(4) Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung muß außerdem bestimmen über

1. die Befugnisse der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber Mitgliedern, die ihre kassenärztlichen Pflichten schuldhaft nicht ordnungsgemäß erfüllen; dabei können Verwarnung, Verweis oder Geldbuße bis zu 5000 Deutschen Mark vorgesehen werden,
2. das Verfahren bei Ausübung dieser Befugnisse.

Der von der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich zu erteilende Bescheid ist zu begründen und soll eine Belehrung über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Frist und den Sitz des zuständigen Gerichts enthalten. Die Satzung kann die Ausübung dieser Befugnisse einem Ausschuß übertragen.

(5) Sollen Verwaltungs- und Abrechnungsstellen errichtet werden, so muß die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung über Errichtung und Aufgaben dieser Stellen Bestimmungen enthalten.

(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen können ferner Bestimmungen enthalten über eine nach sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen gestaltete Alters- und Hinterbliebenenversorgung und über soziale Unterstützungseinrichtungen für ihre Mitglieder und deren Hinterbliebenen. Die Kassenärtzliche Bundesvereinigung kann dafür Richtlinien aufstellen, insbesondere für den Fall des Übertritts eines Mitglieds zu einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung.

§ 399

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bilden je eine Vertreterversammlung und einen Vorstand als Organe der Selbstverwaltung. Die Mitglieder des Vorstandes können nicht Mitglieder der Vertreterversammlung sein.

(2) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlungen. Jede Vertreterversammlung wählt aus dem Kreis der Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl die ihr zustehenden Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Für jede Kassenärztliche Vereinigung muß mindestens ein Vertreter der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angehören.

(3) Die Vertreterversammlungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl ihre Vorsitzenden sowie die Vorsitzenden und Mitglieder der Vorstände.

(4) Die außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen können nach näherer Bestimmung der Satzung in der Vertreterversammlung höchstens mit einem Zehntel der Mitglieder dieses Organs vertreten sein. Sie wählen aus ihrer Mitte ihre Vertreter in unmittelbarer und geheimer Wahl.

(5) Die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden auf die Dauer von vier Jahren gewählt. Die Amtsdauer endet ohne Rücksicht auf den Zeitpunkt der Durchführung der Wahl jeweils mit dem Schluß des vierten Kalenderjahres. Die Gewählten bleiben nach Ablauf dieser Zeit im Amt, bis ihre Nachfolger eintreten.

§ 400

Für die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gelten § 2 Abs. 12, § 3 Abs. 1 und 2, § 5 Abs. 3 und 4, § 6 Abs. 1, 3 und 4, § 7 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 und 4 des Selbstverwaltungsgesetzes entsprechend.

§ 401

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben die kassenärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen und den Kassen und ihren Verbänden gegen-

über die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

(2) Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist es auch, die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Kassen wahrzunehmen und Ansprüche aus der Durchführung der kassenärztlichen Versorgung geltend zu machen.

(3) Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörden können die Vereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung und für Träger der Sozialhilfe, übernehmen.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit den Universitäten Verträge über die Vergütung für Behandlung der Versicherten in den Polikliniken. Sie können solche Verträge auch mit den Trägern anderer ärztlich geleiteter Einrichtungen schließen. Die Verträge sollen den Universitäts-Polikliniken die Untersuchung und Behandlung von Versicherten in dem für die Durchführung ihrer Lehr- und Forschungsaufgaben benötigten Umfang gewährleisten.

§ 402

Die für die Durchführung der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erforderlichen Mittel werden durch Beiträge der Mitglieder aufgebracht.

§ 403

(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Bundesverbände der Krankenkassen bilden einen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und einen Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen.

(2) Die Bundesausschüsse bestehen aus

einem Vorsitzenden,

zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern,

acht Vertretern der Ärzte,

zwei Vertretern der Ortskrankenkassen sowie je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Landkrankenkassen, der Arbeiter-Ersatzkassen, der Angestellten-Ersatzkassen und der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften.

Über den Vorsitz und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie die Stellvertreter sollen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen einigen; kommt eine Einigung nicht zustande, so beruft sie der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesverbände der Krankenkassen. Die Vertreter der Ärzte und ihre Stellvertreter werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Vertreter der Kassen und ihre Stellvertreter von den Bundesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beruft die Vertreter der Ärzte und der Kassen für die Zeit, für die die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder die Bundesverbände der Krankenkassen Vertreter nicht bestellen. Unter den Vertretern der Ärzte soll ein in das Arztregister eingetragener nichtzugelassener Arzt sein.

(3) Die Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt; sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die Kosten tragen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen je zur Hälfte. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach Anhörung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Bundesverbände der Krankenkassen das Nähere über die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der Barauslagen und die Entschädigung für Zeitverlust der Ausschußmitglieder sowie über die Verteilung der Kosten.

(4) Zu den Beratungen über Richtlinien, die die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln betreffen, soll ein Apotheker als Sachverständiger zugezogen werden.

§ 404

(1) Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken, insbesondere über die Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden, die Gewährung ärztlicher Sachleistungen, die Versorgung mit Zahnersatz, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln und Brillen, die Verordnung von Krankenhauspflege, die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sowie die zweckmäßige und wirtschaftliche Durchführung von Maßnahmen der Vorsorgehilfe.

(2) Die von den Bundesausschüssen beschlossenen Richtlinien sind dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorzulegen. Er kann sie beanstanden. Kommen die für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendigen Beschlüsse der Bundesausschüsse innerhalb der vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist nicht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so erläßt er die Richtlinien.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen haben in ihre Satzungen Bestimmungen aufzunehmen, nach denen die in den Absätzen 1 und 2 genannten Richtlinien von ihren Mitgliedern beachtet werden sollen.

II. Vertrauensärzte

§ 405

(1) Träger des vertrauensärztlichen Dienstes sind die Landesversicherungsanstalten, die Bundesbahnversicherungsanstalt und die Seekasse.

(2) Für den vertrauensärztlichen Dienst ist eine besondere Abteilung zu bilden. Sie wird von einem Ausschuß verwaltet.

(3) Der Ausschuß setzt sich aus acht Vertretern der Kassen, zwei Vertretern des Trägers der Rentenversicherung und dem leitenden Beamten der Abteilung zusammen. Die Vertreter der Kassen sind aus den im Bezirk des Trägers des vertrauensärztlichen Dienstes bestehenden Kassenarten nach deren Mitgliederzahl im Höchstzahlverfahren zu ermitteln. Maßgebend sind die Mitgliederzahlen am 1. Januar des Kalenderjahres, in dem die Amtsperiode beginnt. Es muß jede Kassenart vertreten sein. Als Vertreter der Kassen und des Trägers der Rentenversicherung sind je zur Hälfte Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter zu benennen.

(4) Dem Ausschuß gehören mit beratender Stimme zwei Vertreter der Kassenärzte und ein Vertreter der Kassenzahnärzte an.

(5) Der Ausschuß wählt seinen Vorsitzenden.

§ 406

(1) Dem Ausschuß obliegt es insbesondere,

1. den leitenden Beamten der Abteilung, die Vertrauensärzte und das erforderliche Hilfspersonal auszuwählen und dem Träger des vertrauensärztlichen Dienstes zur Anstellung vorzuschlagen,
2. den Voranschlag aufzustellen,
3. die Höhe der Umlage zur Deckung der Kosten festzusetzen,
4. vertrauensärztliche Dienststellen zu errichten,
5. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle zu bestimmen.

(2) Der Ausschuß hat eine Dienstanweisung für den vertrauensärztlichen Dienst zu erlassen.

§ 407

(1) Die Kosten des vertrauensärztlichen Dienstes tragen, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt werden, die Kassen zu einem Drittel nach der Zahl ihrer Mitglieder im Bezirk des Trägers des vertrauensärztlichen Dienstes und zu zwei Dritteln nach der Zahl der Begutachtungen.

(2) Die Umlage ist nach der Zahl der Begutachtungen des vorangegangenen Kalenderhalbjahres und dem Mitgliederbestand am Ersten jedes Kalenderhalbjahres zu berechnen.

(3) Der Arbeitgeber hat für jeden Fall der Begutachtung nach § 408 Abs. 2 eine Gebühr zu entrichten, deren Höhe der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festsetzt. § 28 gilt.

§ 408

(1) Der vertrauensärztliche Dienst berät die Kassen bei der Durchführung von Maßnahmen der allgemeinen Krankheitsverhütung und unterstützt sie bei der Feststellung der Voraussetzungen für die Leistungspflicht und den Leistungsumfang und bei der Leistungsgewährung.

(2) Der vertrauensärztliche Dienst begutachtet die Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers, wenn ein Befundbericht nach § 4 Abs. 1 des Lohnfortzahlungsgesetzes übersandt wird. Das Ergebnis der Begutachtung und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist dem Arbeitgeber mitzuteilen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger, als in der Mitteilung angegeben, so sind Begutachtung und Mitteilung zu wiederholen. Für öffentlich-rechtliche Streitigkeiten, die aus dem Verhältnis des vertrauensärztlichen Dienstes zum Arbeitgeber entstehen, ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet statt. Die Berufung ist nicht zulässig; § 150 des Sozialgerichtsgesetzes gilt.

(3) Der Ausschuß kann auf Antrag des Trägers der Rentenversicherung beschließen, daß der vertrauensärztliche Dienst auch den Träger der Rentenversicherung bei der Feststellung der Voraussetzungen für die Leistungspflicht und den Leistungsumfang und bei der Leistungsgewährung unterstützt. Die dafür zu erstattenden Kosten werden vom Ausschuß im Einvernehmen mit dem Träger der Rentenversicherung festgesetzt.

§ 409

(1) Der Vertrauensarzt hat sich gutachtlich zu äußern, wenn die Kasse es für erforderlich hält.

(2) Vor der Gewährung von Kuren soll die Kasse ein Gutachten des Vertrauensarztes einholen.

§ 410

(1) Der Vertrauensarzt ist nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

(2) Der Vertrauensarzt kann zur Erstellung seines Gutachtens den zu Untersuchenden vorladen oder ihn während der üblichen Dienststunden in der Wohnung aufsuchen.

§ 411

Der vertrauensärztliche Dienst hat mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Trägern der Unfall- und Rentenversicherung, der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, den Trägern der Sozialhilfe, den für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Verwaltungsbehörden sowie den Gesundheitsämtern zusammenzuarbeiten. Er soll sich der Arbeitsergebnisse dieser Stellen bedienen.

§ 412

Der leitende Beamte der Abteilung muß ein im vertrauensärztlichen Dienst erfahrener Arzt sein. Er führt die laufenden Geschäfte und die Dienstaufsicht.

§ 413

(1) Der Leiter der Abteilung muß Beamter, die übrigen Vertrauensärzte müssen in der Regel Beamte sein. Dienstherr der Beamten ist die zuständige Versicherungsanstalt.

(2) Als Vertrauensärzte können, soweit erforderlich, auch Ärzte tätig sein, die nicht Beamte der Versicherungsanstalt sind. Ärzte, die an der kassen-

ärztlichen Versorgung teilnehmen, sollen am Ort ihrer Niederlassung nicht als Vertrauensärzte tätig sein.

§ 414

(1) Dienststellen des vertrauensärztlichen Dienstes sind in der Regel in jeder kreisfreien Stadt und in jedem Landkreis zu errichten.

(2) Im Fall des § 408 Abs. 2 ist die vertrauensärztliche Dienststelle für die Begutachtung zuständig, in deren Bezirk sich der Beschäftigte während der Arbeitsunfähigkeit aufhält.

§ 415

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Grundsätze für die Tätigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes festlegen.

(2) Für den Bereich der Bundesbahnversicherungsanstalt regelt der Bundesminister für Verkehr im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung, die der Zustimmung des Bundesrates nicht bedarf, das Nähere über die Dienstverhältnisse der Vertrauensärzte, die Zusammensetzung und Aufgaben des Ausschusses, die Aufbringung der Mittel und die Dienstanweisung für die Vertrauensärzte. § 412 gilt nicht.

NEUNTER ABSCHNITT

Verhältnis zu Dritten

I. Verhältnis zu Krankenhäusern

§ 416

(1) Die Kassen gewähren Krankenhauspflege durch die Krankenhäuser, die sich dazu schriftlich bereit erklärt haben. Ein Widerruf der Erklärung wird ein Jahr nach seinem Zugang wirksam.

(2) Die Kasse kann das Angebot ablehnen, wenn die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung nicht gegeben ist.

§ 417

(1) Die Kasse schließt mit den Krankenhäusern, die sich zur Gewährung von Krankenhauspflege bereit erklärt haben, Verträge über die Krankenhauspflege, insbesondere über die Pflegesätze. Die Verträge können auch zwischen mehreren Kassen und mehreren Krankenhäusern gemeinsam geschlossen werden.

(2) Für auswärtige Kassen und für andere Träger der Sozialversicherung, die mit dem Krankenhaus keine Verträge abgeschlossen haben, gelten die mit der Ortskrankenkasse, in deren Bezirk das Krankenhaus liegt, vereinbarten oder für sie festgesetzten Pflegesätze.

(3) Die Bundesregierung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, welche Kosten durch den Pflegesatz abzugelten sind.

(4) Die Verträge müssen Bestimmungen darüber enthalten, daß den Vertrauensärzten die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und sie auf ihren Wunsch zur Untersuchung beizuziehen sind. Sie können ferner eine Staffelung der Pflegesätze nach der Verweildauer vorsehen.

§ 418

(1) Soweit eine Vereinbarung über die Pflegesätze nicht zustande kommt, werden sie auf Anrufung von einer Schiedsstelle festgesetzt.

(2) Die Schiedsstelle wird, wenn der Vertrag nichts anderes vorsieht, von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten Stelle gebildet. Diese beruft einen unparteiischen Vorsitzenden sowie auf Vorschlag der Beteiligten je einen Vertreter der Kasse und des Krankenhauses. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen Kasse und Krankenhaus je zur Hälfte.

(3) Die nach Absatz 2 gebildete Schiedsstelle entscheidet auch über Streitigkeiten im Falle des § 416 Abs. 2.

§ 419

Die bisherigen Pflegesätze gelten weiter, bis die durch die Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze wirksam werden. Die von der Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze können frühestens sechs Monate nach der Festsetzung mit Vierteljahresfrist gekündigt werden.

II. Verhältnis zu Apotheken

§ 420

Die Apotheken haben den Kassen einen Abschlag von den Preisen der Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt seine Höhe im Einvernehmen mit den Bundesministern für Gesundheitswesen und für Wirtschaft durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Für eine Apotheke mit geringem Umsatz, deren Erhaltung im Interesse einer geordneten Arzneimittelversorgung liegt, kann die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes oder die von ihr beauftragte Stelle den Abschlag ermäßigen.

III. Verhältnis zu Hebammen, Krankenpflege- und Hauspflegepersonen

§ 421

(1) Der Bundesminister für Gesundheitswesen setzt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Gebühren für alle Verrichtungen und Aufwendungen der Hebammen fest.

(2) Die Kassen haben die Gebühren unmittelbar an die Hebamme zu zahlen.

§ 422

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit den Bundesministern des Innern und für Gesundheitswesen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Gebühren für die Inanspruchnahme von Kranken- oder Hauspflegepersonen festsetzen.

(2) Die Kasse kann die Gebühren unmittelbar an die Kranken- oder Hauspflegeperson oder mit deren Zustimmung an die Organisation, der sie angehört, oder den Träger der Hauspflege zahlen.

IV. Verhältnis zu Angehörigen sonstiger Heilberufe und zu Lieferanten

§ 423

(1) Die Kassen schließen mit Angehörigen sonstiger Heilberufe und mit Lieferanten Verträge über die Verrichtung von Diensten und die Lieferung von Brillen, Heil- und Hilfsmitteln.

(2) Die Verbände der Krankenkassen können für die Kassen, die sie dazu bevollmächtigt haben, Verträge nach Absatz 1 mit den Berufsverbänden der Heilberufe und Lieferanten schließen. In diesem Fall sind zur Verrichtung von Diensten und zur Lieferung von Brillen, Heil- und Hilfsmitteln an Versicherte diejenigen Angehörigen der in Absatz 1 genannten Berufe berechtigt, die sich durch schriftliche Erklärung gegenüber den Kassen den Bedingungen dieser Verträge unterwerfen.

ZEHNTER ABSCHNITT

Aufsicht

§ 424

(1) Das Bundesversicherungsamt führt die Aufsicht über die bundesunmittelbaren Kassen.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die nach Landesrecht bestimmten Behörden führen die Aufsicht über die landesunmittelbaren Kassen.

§ 425

(1) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung führt die Aufsicht über

die Bundesverbände der Krankenkassen,

die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,

die Vertragsausschüsse,

die Bundesschiedsämter,

die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die nach Landesrecht bestimmten Behörden führen die Aufsicht über

die Bezirksverbände der Krankenkassen,

die Landesverbände der Krankenkassen,

die Kassenärztlichen Vereinigungen,

die Zulassungsausschüsse,

die Landesschiedsämter,

die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse.

(3) Die Aufsicht über die für den Bereich mehrerer Länder gebildeten gemeinsamen Landesverbände der Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und gemeinsamen Einrichtungen der Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde oder die nach Landesrecht bestimmte Behörde des Landes, in dem diese Verbände oder Vereinigungen oder Einrichtungen ihren Sitz haben; die Aufsicht ist im Benehmen mit den zuständigen Behörden der übrigen beteiligten Länder auszuüben.

(4) Für Inhalt und Umfang der Aufsicht gelten §§ 30 bis 34 entsprechend.

§ 426

(1) Die Aufsichtsbehörde hat die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Körperschaften entweder selbst zu prüfen oder durch Prüfungseinrichtungen prüfen zu lassen, die der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung oder die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes zugelassen hat.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften für die Durchführung der Prüfungen.

(3) Die Kosten der Prüfungen tragen die beteiligten Körperschaften.

§ 427

(1) Solange die Wahl der Organe einer Körperschaft nicht zustande kommt oder die Organe sich weigern, die ihnen obliegenden Geschäfte auszuführen, nimmt sie die Aufsichtsbehörde entweder selbst oder durch Beauftragte auf Kosten der Körperschaft wahr.

(2) Kommen die Organe einer Körperschaft einer Anordnung der Aufsichtsbehörde nicht nach, so kann die Aufsichtsbehörde die Anordnung vollziehen, wenn sie dies im öffentlichen Interesse für geboten hält. Die Klage gegen die Anordnung hat auch im Falle des § 97 Abs. 1 Nr. 3 des Sozialgerichtsgesetzes keine aufschiebende Wirkung.

§ 428

Die Aufsichtsbehörde kann Ansprüche einer Betriebskrankenkasse gegen den Arbeitgeber in Vertretung der Kasse selbst oder durch einen Beauftragten geltend machen.

ELFTER ABSCHNITT

Strafen und Zwangsgeld

§ 429

Der Geschäftsführer der Kasse kann gegen ein Mitglied, das vorsätzlich oder fahrlässig eine Bestimmung der Krankenordnung übertritt, eine Ordnungsstrafe von 3 bis 150 Deutschen Mark festsetzen, soweit die Krankenordnung auf diese Strafbestimmung verweist.

§ 430

Der Geschäftsführer der Kasse kann gegen

1. Arbeitgeber, Auftraggeber oder Versicherte, die vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 296 Abs. 1 und 2, § 299 Satz 1, §§ 301, 344, 350, 365 eine Meldung nicht, unrichtig, unvollständig oder nicht fristgemäß erstatten,
2. Arbeitgeber, Auftraggeber oder Versicherte, die vorsätzlich oder fahrlässig den Vorschriften einer nach §§ 300, 343 Abs. 3 erlassenen Rechtsverordnung zuwiderhandeln, soweit die Rechtsverordnung auf diese Strafbestimmung verweist,
3. einen Arbeitgeber, der vorsätzlich dem Beschäftigten Beitragsteile abzieht, obwohl eine Anordnung nach § 320 Abs. 1 Satz 1 ergangen ist,
4. einen Arbeitgeber, der vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 345 Abs. 1 das Verzeichnis seiner Beschäftigten nicht mit sich führt,

Ordnungsstrafen von 3 bis 1000 Deutschen Mark festsetzen.

§ 431

Wer vorsätzlich als Arbeitgeber dem Beschäftigten höhere Beiträge vom Arbeitsentgelt abzieht, als dieses Buch es zuläßt, wird mit Geldstrafe oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft, wenn die Tat nicht in anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.

§ 432

Wer vorsätzlich als Arbeitgeber Beiträge, die er vom Arbeitsentgelt des Beschäftigten einbehalten oder von ihm erhalten hat, der berechtigten Kasse vorenthält, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft. Daneben kann auf Geldstrafe erkannt werden. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe oder Gefängnis bis zu einem Jahr erkannt werden.

§ 433

Soweit Vorschriften dieses Buches Arbeitgeber oder Auftraggeber mit Strafe bedrohen, gelten die Strafdrohungen auch gegenüber dem Mitglied des vertretungsberechtigten Organs einer juristischen Person, dem Mitglied des Vorstandes eines nicht rechtsfähigen Vereins, dem vertretungsberechtigten Gesellschafter einer Personengesellschaft oder gegenüber dem gesetzlichen Vertreter des Arbeitgebers oder Auftraggebers. Die Strafdrohungen gelten auch gegenüber dem Abwickler oder Liquidator.

§ 434

(1) Der Arbeitgeber oder Auftraggeber darf die Pflichten, die ihm auf Grund dieses Buches obliegen, auf Angehörige seines Betriebes durch schriftliche Erklärung übertragen.

(2) Handelt ein Beauftragter im Sinne des Absatzes 1 vorsätzlich oder fahrlässig den Vorschriften zuwider, die Arbeitgeber oder Auftraggeber mit Strafe bedrohen, so trifft ihn die Strafe.

(3) Handelt ein Beauftragter einer Vorschrift zuwider, deren Strafdrohung sich gegen Arbeitgeber oder Auftraggeber richtet, so kann gegen den Arbeitgeber oder Auftraggeber oder gegen die in § 433 genannten Personen oder, falls der Arbeitgeber oder Auftraggeber eine juristische Person, ein nicht rechtsfähiger Verein oder eine Personengesellschaft ist, gegen diese eine Ordnungsstrafe von 3 bis 1000 Deutschen Mark festgesetzt werden, wenn der Arbeitgeber, Auftraggeber oder die in § 433 genannten Personen vorsätzlich oder fahrlässig ihre Pflicht zur sorgfältigen Auswahl des Beauftragten oder ihre allgemeinen Aufsichtspflichten verletzen und der Verstoß hierauf beruht.

§ 435

Die Kasse kann Arbeitgeber, Auftraggeber und Versicherte durch Zwangsgeld zur Erfüllung der ihnen durch § 198 Abs. 3, § 324 Abs. 1 Satz 4, § 325 Abs. 4 Satz 2 und § 326 auferlegten Pflichten anhalten. § 28 Abs. 1 gilt entsprechend.

Artikel 2

Änderung von Gesetzen

§ 1

Änderung sonstiger Vorschriften der Reichsversicherungsordnung

Die sonstigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung werden wie folgt geändert und ergänzt:

1. **§ 4 erhält folgende Fassung:**

   „§ 4

   Die Träger der Versicherung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts."

2. In § 141 Abs. 1 Satz 1 werden nach den Worten „eines Versicherungsträgers" die Worte „eines Kassenverbandes, einer Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung, einer Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, eines Prüfungs- oder Beschwerdeausschusses" eingefügt.

3. § 160 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Nicht zum Entgelt gehören Beträge im Sinne des § 8 des Lohnfortzahlungsgesetzes."

4. a) In § 560 Abs. 1 wird Satz 2 gestrichen.

b) § 560 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Für das Verletztengeld gilt § 197, im Falle der Heilanstaltspflege § 204 Abs. 1 entsprechend."

5. § 561 erhält folgende Fassung:

„§ 561

(1) Für die Berechnung und Zahlung des Verletztengeldes gilt § 198 mit der Maßgabe, daß den Leistungen über den in § 304 Abs. 3 Satz 1 genannten Höchstbetrag hinaus ein Betrag bis zur Höhe des aus dem Höchst-Jahresarbeitsverdienst (§ 576 Abs. 2) entsprechend zu errechnenden Regellohnes jährlich zugrunde zu legen ist.

(2) Läßt sich die Berechnung des Verletztengeldes nach Absatz 1 nicht durchführen, ist der Berechnung des Verletztengeldes der 360. Teil des Jahresarbeitsverdienstes zugrunde zu legen. Das Verletztengeld ist für Kalendertage zu zahlen."

6. In § 1239 wird Satz 4 gestrichen.

7. In § 1244 a Abs. 3 Satz 3 werden die Worte „bis 4" durch die Worte „und 3" ersetzt.

8. Nach § 1304 wird folgende Vorschrift eingefügt:

„V. Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner

§ 1304 a

(1) Der Träger der Rentenversicherung hat für die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten die allgemeinen Beiträge zu entrichten. Für ihre Höhe gilt § 310.

(2) Personen, die eine Rente beziehen, aber nicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 oder nach dem Reichsknappschaftsgesetz für den Fall der Krankheit pflichtversichert sind, erhalten auf Antrag vom Rentenbeginn an als Zuschuß für ihre Krankenversicherung einen Betrag, der dem Durchschnitt der von den Trägern der Rentenversicherungen der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung im zweiten und dritten Vierteljahr des Vorjahres für die Pflichtversicherten gezahlten allgemeinen Beiträge entspricht. Bei gleichzeitigem Bezug einer Rente aus eigener Versicherung und einer Hinterbliebenenrente besteht Anspruch auf den Zuschuß nur auf Grund des Bezuges der Rente aus eigener Versicherung.

(3) Absatz 2 gilt nicht in den Fällen des § 313."

9. § 1400 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Bei der Beitragsberechnung ist von der für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden Bemessungsgrundlage auszugehen. Überschreitet der Entgelt die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung, so wird der Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung in entsprechender Anwendung des § 304 Abs. 1 berechnet."

10. § 1430 erhält folgende Fassung:

„§ 1430

(1) Der Geschäftsführer der Einzugsstelle (§ 1399) kann gegen einen Arbeitgeber, der

1. vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 1400 in Verbindung mit § 296 Abs. 1 und 2 eine Meldung nicht, unrichtig, unvollständig oder nicht fristgemäß erstattet,
2. vorsätzlich oder fahrlässig den Vorschriften einer nach § 300 erlassenen Rechtsverordnung zuwiderhandelt, soweit die Rechtsverordnung auf diese Strafbestimmung verweist, oder
3. vorsätzlich dem Beschäftigten Beitragsanteile abzieht, obwohl eine Anordnung nach § 320 Abs. 1 Satz 1 ergangen ist,

Ordnungsstrafen von 3 bis 1000 Deutsche Mark festsetzen.

(2) Die §§ 431 und 432 gelten auch hinsichtlich der Beiträge für die Rentenversicherung der Arbeiter.

(3) Soweit die Absätze 1 und 2 sowie die §§ 1428 und 1429 Arbeitgeber mit Strafen bedrohen, gelten die Strafdrohungen auch gegenüber dem Mitglied des vertretungsberechtigten Organs einer juristischen Person, dem Mitglied des Vorstandes eines nicht rechtsfähigen Vereins, dem vertretungsberechtigten Gesellschafter einer Personengesellschaft, dem gesetzlichen Vertreter des Arbeitgebers sowie gegenüber dem Abwickler oder Liquidator.

(4) Hat ein Arbeitgeber gemäß § 1400 in Verbindung mit § 434 Abs. 1 die ihm obliegenden Pflichten auf Angehörige seines Betriebes (Beauftragte) übertragen, so gelten die Strafdrohungen der Absätze 1 und 2 sowie der §§ 1428 und 1429 auch gegenüber den Beauftragten.

(5) In den Fällen des Absatzes 4 kann auch gegen den Arbeitgeber oder gegen eine in Absatz 3 bezeichnete Person eine Ordnungsstrafe von 3 bis 1000 Deutschen Mark festgesetzt werden, wenn diese Person vorsätzlich oder fahrlässig ihre Pflicht zur sorgfältigen Auswahl des Beauftragten oder ihre allgemeinen Aufsichtspflichten verletzt und der Verstoß hierauf beruht."

11. § 1434 wird gestrichen.

12. In § 1504 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „§ 182 Abs. 1 Nr. 1" durch die Worte „§ 184 Abs. 1 Satz 1" ersetzt.

13. § 1508 erhält folgende Fassung:

„§ 1508

Ist Sterbegeld aus der Krankenversicherung und aus der Unfallversicherung zu zahlen, so ist im Falle des § 219 Abs. 2 Satz 2 das Sterbegeld zu Lasten des Trägers der Unfallversicherung zu zahlen. Übersteigen die Bestattungskosten das aus der Unfallversicherung zu tragende Sterbegeld, so ist der fehlende Betrag bis zur Höhe des vom Träger der Krankenversicherung zu zahlenden Sterbegeldes von diesem zu tragen."

14. § 1524 Abs. 1 Satz 2 bis 5 erhält folgende Fassung:

„Für Krankenpflege und Krankenhauspflege ist der wirkliche Aufwand zu ersetzen. Die Kosten für Arznei- und Verbandmittel werden pauschal für jeden Behandlungsfall erstattet. Die Höhe des Pauschbetrages bestimmt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates."

15. In § 1533 wird Satz 2 gestrichen.

16. a) In § 1542 wird folgender neuer Absatz 2 eingefügt:

„(2) Absatz 1 gilt entsprechend, soweit Personen, für die dem Versicherten Anspruch auf Familienhilfe zusteht, nach gesetzlichen Vorschriften Ersatz eines Schadens beanspruchen können, der ihnen durch Krankheit oder Unfall erwachsen ist."

b) § 1542 Abs. 2 wird Absatz 3.

17. Im Fünften Buch wird der Dritte Abschnitt „Beziehungen der Ersatzkassen zu Trägern der Reichsversicherung und zu anderen Verpflichteten" gestrichen.

§ 2

Änderung des Angestelltenversicherungsgesetzes

Das Angestelltenversicherungsgesetz wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. In § 16 wird Satz 4 gestrichen.
2. In § 21 a Abs. 3 Satz 3 werden die Worte „bis 4" durch die Worte „und 3" ersetzt.
3. Nach § 83 wird folgende Vorschrift eingefügt:

„V. Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner

§ 83 a

(1) Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hat für die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung genannten Versicherten die allgemeinen Beiträge zu entrichten. Für ihre Höhe gilt § 310 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Personen, die eine Rente beziehen, aber nicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 der Reichsversicherungsordnung oder nach dem Reichsknappschaftsgesetz für den Fall der Krankheit pflichtversichert sind, erhalten auf Antrag vom Rentenbeginn an als Zuschuß für ihre Krankenversicherung einen Betrag, der dem Durchschnitt der von den Trägern der Rentenversicherungen der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung im zweiten und dritten Vierteljahr des Vorjahres für die Pflichtversicherten gezahlten allgemeinen Beiträge entspricht. Bei gleichzeitigem Bezug einer Rente aus eigener Versicherung und einer Hinterbliebenenrente besteht Anspruch auf den Zuschuß nur auf Grund des Bezuges der Rente aus eigener Versicherung.

(3) Absatz 2 gilt nicht in den Fällen des § 313 der Reichsversicherungsordnung."

4. § 122 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Bei der Beitragsberechnung ist von der für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden Bemessungsgrundlage auszugehen. Überschreitet der Entgelt die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung, so wird der Beitrag bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung in entsprechender Anwendung des § 304 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung berechnet."

5. § 152 erhält folgende Fassung:

„§ 152

(1) Der Geschäftsführer der Einzugsstelle (§ 121) kann gegen einen Arbeitgeber, der

1. vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 122 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 296 Abs. 1 und 2 der Reichsversicherungsordnung eine Meldung nicht, unrichtig, unvollständig oder nicht fristgemäß erstattet,
2. vorsätzlich oder fahrlässig den Vorschriften einer nach § 300 der Reichsversicherungsordnung erlassenen Rechtsverordnung zuwiderhandelt, soweit die Rechtsverordnung auf diese Strafbestimmung verweist, oder
3. vorsätzlich dem Beschäftigten Beitragsanteile abzieht, obwohl eine Anordnung nach § 320 Abs. 1 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung ergangen ist,

Ordnungsstrafen von 3 bis 1000 Deutschen Mark festsetzen.

(2) Die §§ 431 und 432 der Reichsversicherungsordnung gelten auch hinsichtlich der Beiträge für die Rentenversicherung der Angestellten.

(3) Soweit die Absätze 1 und 2 sowie die §§ 150 und 151 Arbeitgeber mit Strafen bedrohen, gelten die Strafdrohungen auch gegenüber dem Mitglied des vertretungsberechtigten Organs einer juristischen Person, dem Mitglied des Vorstandes eines nicht rechtsfähigen Vereins, dem vertretungsberechtigten Gesellschafter einer Personengesellschaft, dem gesetzlichen Vertreter des Arbeitgebers sowie gegenüber dem Abwickler oder Liquidator.

(4) Hat ein Arbeitgeber gemäß § 122 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 434 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung die ihm obliegenden Pflichten auf Angehörige seines Betriebes (Beauftragte) übertragen, so gelten die Strafdrohungen der Absätze 1 und 2 sowie der §§ 150 und 151 auch gegenüber den Beauftragten.

(5) In den Fällen des Absatzes 4 kann auch gegen den Arbeitgeber oder gegen eine in Absatz 3 bezeichnete Person eine Ordnungsstrafe von 3 bis 1000 Deutschen Mark festgesetzt werden, wenn diese Person vorsätzlich oder fahrlässig ihre Pflicht zur sorgfältigen Auswahl des Beauftragten oder ihre allgemeinen Aufsichtspflichten verletzt und der Verstoß hierauf beruht."

6. § 156 wird gestrichen.

§ 3

Änderung des Reichsknappschaftsgesetzes

Das Reichsknappschaftsgesetz wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. In § 11 wird folgende Nr. 9 eingefügt:

   „9. Höhe der nach § 3 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes zu gewährenden Beträge."

2. § 12 wird wie folgt geändert:

   a) Der bisherige einzige Absatz wird Absatz 1.

   b) Es wird folgender Absatz 2 angefügt:

   „(2) § 292 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend."

3. Der Vierte Abschnitt erhält folgende Fassung:

„Vierter Abschnitt

Knappschaftliche Krankenversicherung

§ 15

(1) Nach der Reichsversicherungsordnung richtet sich, ob die in § 1 genannten Personen in der knappschaftlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind. § 166 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend, wenn der Arbeitslose zuletzt nach diesem Gesetz versichert war. Für Personen, die eine Bergschule besuchen, gilt § 167 Abs. 1 Nr. 5 der Reichsversicherungsordnung nicht. § 169 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung gilt mit der Maßgabe, daß die Beitragsbemessungsgrenze der knappschaftlichen Rentenversicherung zugrunde zu legen ist. Unständig Beschäftigte (§ 343 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung) sind nach der Reichsversicherungsordnung versichert. Die Satzung kann die Versicherungspflicht auf Arbeitnehmer nach § 1 erstrecken, die nach § 167 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung versicherungsfrei sind.

(2) In der knappschaftlichen Krankenversicherung werden ferner versichert, wenn der Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Feststellung der Rente zuständig ist,

1. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Versichertenrente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllen, diese Rente beantragt haben und während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenantrages mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren,
2. Personen, welche die Voraussetzungen für den Bezug einer Hinterbliebenenrente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, während der letzten fünf Jahre vor dem Tode mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert war.

Voraussetzung der Versicherung ist, daß die genannten Personen nicht nach Absatz 1 oder nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Reichsversicherungsordnung oder freiwillig bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder Mitglieder nach §§ 285 bis 287 der Reichsversicherungsordnung sind. Für die in Satz 1 Nr. 2 genannten Personen ist ferner Voraussetzung, daß sie nicht nach Satz 1 Nr. 1 oder nach § 166 Abs. 1 Nr. 4 der Reichsversicherungsordnung versichert sind.

(3) Als Versicherte nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 oder 2 gelten

1. Personen, die eine Versichertenrente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung beantragt haben und während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenantrages mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren,
2. Personen, die eine Hinterbliebenenrente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung beantragt haben, wenn die Person, aus deren Versicherung

sie ihren Rentenanspruch ableiten, während der letzten fünf Jahre vor dem Tode mindestens zweiundfünfzig Wochen bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert war,

bis endgültig festgestellt wird, daß sie die Voraussetzungen für den Bezug der Rente nicht erfüllen.

§ 16

Nach der Reichsversicherungsordnung richtet sich, ob die

1. in § 171 der Reichsversicherungsordnung genannten Personen,
2. in § 172 der Reichsversicherungsordnung genannten Personen, wenn sie in einem knappschaftlich versicherten Betrieb beschäftigt sind,
3. in § 173 der Reichsversicherungsordnung genannten Personen, wenn der versicherte Ehegatte in der knappschaftlichen Krankenversicherung versichert war,
4. Empfänger von Waisenrenten aus der knappschaftlichen Rentenversicherung, die nicht zu den in § 15 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Personen gehören,

sich in der knappschaftlichen Krankenversicherung freiwillig versichern können.

§ 17

(1) Für die Aufgabe und die Leistungen der knappschaftlichen Krankenversicherung gelten die §§ 165, 176 bis 186 Abs. 1, §§ 187 bis 215 Abs. 1 und §§ 216 bis 233 der Reichsversicherungsordnung entsprechend, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt.

(2) § 186 Abs. 2 und § 215 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gelten.

§ 18

Wird ärztliche Behandlung durch Knappschaftsärzte gewährt, so gelten § 178 Abs. 1 Satz 2, § 185 Abs. 1 und 2 Satz 1 und § 186 der Reichsversicherungsordnung nicht. Der Versicherte hat die freie Wahl unter den Knappschaftsärzten. Die Satzung regelt das Nähere.

§ 19

Die Satzung kann bestimmen, daß Personen, die nach § 15 Abs. 1 Satz 6 versichert sind, die notwendige Krankenhauspflege in einer höheren Pflegeklasse gewährt wird. Die Beiträge sind entsprechend zu erhöhen.

§ 20

(1) Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte sind Mitglieder der nach § 192 zuständigen Knappschaft.

(2) Die §§ 276 und 279 der Reichsversicherungsordnung gelten entsprechend.

(3) Freiwillig Versicherte, die ihren Wohnsitz aus dem Bezirk einer Knappschaft verlegen, setzen ihre Mitgliedschaft bei der für ihren neuen Wohnsitz zuständigen Knappschaft fort.

§ 21

(1) Für die Mitgliedschaft gelten die §§ 281, 283 bis 288 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(2) § 293 der Reichsversicherungsordnung gilt.

§ 22

(1) Für die Satzung gilt außerdem § 290 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Für die Krankenordnung gilt § 295 Abs. 1 Nr. 5 und Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung."

4. § 34 Nr. 5 erhält folgende Fassung:

   „5. Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner."

5. In § 38 wird Satz 4 gestrichen.

6. In § 43 a Abs. 3 Satz 3 werden die Worte „bis 4" durch die Worte „und 3" ersetzt.

7. Im Fünften Abschnitt wird nach § 96 folgende Vorschrift eingefügt:

„6. Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner

§ 96 a

(1) Der Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung hat für die in § 15 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherten die allgemeinen Beiträge zu entrichten. Für ihre Höhe gilt § 310 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Personen, die eine Rente beziehen, aber nicht nach diesem Gesetz für den Fall der Krankheit oder nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 der Reichsversicherungsordnung pflichtversichert sind, erhalten auf Antrag vom Rentenbeginn an als Zuschuß für ihre Krankenversicherung einen Betrag, der dem Durchschnitt der von den Trägern der Rentenversicherungen der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung im zweiten und dritten Vierteljahr des Vorjahres für die Pflichtversicherten gezahlten allgemeinen Beiträge entspricht. Bei gleichzeitigem Bezug einer Rente aus eigener Versicherung und einer Hinterbliebenenrente besteht Anspruch auf den Zuschuß nur auf Grund des Bezuges der Rente aus eigener Versicherung.

(3) Absatz 2 gilt nicht in den Fällen des § 313 der Reichsversicherungsordnung."

8. Im I. Unterabschnitt des Achten Abschnitts werden vor § 113 folgende §§ 112, 112 a eingefügt:

„§ 112

Für die Aufbringung und Verwaltung der Mittel in der Knappschaftsversicherung gelten die §§ 112 a bis 116.

§ 112 a

Die allgemeinen Beiträge für die knappschaftliche Krankenversicherung und die Beiträge für die knappschaftliche Rentenversicherung sind nach Bestimmung der Satzung in Vomhundertsätzen des Entgelts oder des Mittelbetrages der Stufen der Lohnsteuertabelle oder des Mittelbetrages von Lohnstufen festzusetzen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Lohnstufen und deren Mittelbeträge festsetzen."

9. Dem § 114 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Der Arbeitgeber hat, soweit er schriftliche Lohn- oder Gehaltsabrechnungen erteilt, die Beiträge zu den verschiedenen Versicherungszweigen getrennt aufzuführen oder die Beitragssätze der einzelnen Versicherungszweige anzugeben."

10. Die §§ 115 und 116 erhalten folgende Fassung:

„§ 115

Für die Zahlung der Beiträge gelten außerdem die §§ 316, 317, 319 Abs. 1 und 2, § 320 Abs. 1 und 2 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 116

Erstattet ein Arbeitgeber trotz Aufforderung die nach § 143 erforderlichen Meldungen innerhalb einer von dem Träger der Knappschaftsversicherung festgesetzten Frist nicht, so können für seine Beschäftigten bis zur ordnungsmäßigen Meldung die Beiträge in der Höhe festgesetzt werden, die für Versicherte der gleichen Art in Betrieben gleicher Art erhoben werden."

11. der II. Unterabschnitt des Achten Abschnitts erhält folgende Fassung:

„II. Aufbringung und Verwaltung der Mittel in der knappschaftlichen Krankenversicherung

§ 117

Für die Aufbringung und Verwaltung der Mittel in der knappschaftlichen Krankenversicherung gelten außerdem die §§ 118 bis 125.

§ 118

(1) Für die Aufbringung der Mittel und die Bemessung der Beiträge gelten die §§ 302, 303, 304 Abs. 2 bis 4, §§ 305, 306, 308 bis 310 Abs. 1, § 311 Abs. 1 und 3, §§ 312 und 313 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(2) Die besonderen Beiträge tragen die in § 15 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherten selbst. § 310 Abs. 2 Satz 2 und 3 der Reichsversicherungsordnung gilt.

(3) Für die in § 21 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 288 der Reichsversicherungsordnung genannten Mitglieder, die nach § 166 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 der Reichsversicherungsordnung versichert sind, hat der die Rente feststellende Träger der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung die allgemeinen Beiträge zu erstatten.

(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann auf Antrag des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung bestimmen, daß die Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage nach § 310 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung ganz oder teilweise unterbleibt, wenn der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung durch die nach § 15 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherten belastet wird.

§ 119

(1) Für die Zahlung der Beiträge gelten § 314 Abs. 3 und § 315 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahlung der besonderen Beiträge der in § 15 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Versicherten.

(3) § 323 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gilt.

§ 120

(1) Der Bund gewährt der knappschaftlichen Krankenversicherung einen jährlichen Zuschuß in Höhe von eins vom Hundert der Summe der Arbeitsentgelte, für die Beiträge zur knappschaftlichen Krankenversicherung entrichtet werden.

(2) Der Zuschuß ist auf die Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung nach der Anzahl der Versicherten unter Tage aufzuteilen. Die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der Bundesrepublik Deutschland (Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften) nimmt die Verteilung vor; die Satzung der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften bestimmt das Nähere.

§ 121

(1) Für die Rückzahlung des besonderen Beitrages gilt § 328 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(2) Wird Knappschaftsärzten für die ärztliche Behandlung eine Gesamtvergütung gewährt, so ist für die Berechnung der Aufwendungen für

ärztliche Leistungen nach § 328 der Reichsversicherungsordnung die Gebührenordnung zugrunde zu legen, die für den Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung nach § 392 der Reichsversicherungsordnung für die kassenärztliche Versorgung gilt oder gelten würde. Dem Versicherten ist eine Mitteilung über die durchgeführten ärztlichen Leistungen und die dafür anzusetzenden Beträge zu übersenden. Die Satzung bestimmt das Nähere.

§ 122

(1) Für die Besonderheiten für das Beitragswesen gelten § 329 Abs. 1, §§ 331 und 332 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(2) Decken bei dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung die allgemeinen Beiträge in Höhe von zehn vom Hundert der Bemessungsgrundlage die Ausgaben nicht, so hat der Bund die erforderliche Finanzhilfe aus eigenen Mitteln zu leisten. Solange dies geschieht, kann er einen Vertreter mit der Wahrnehmung der Befugnisse der Organe, soweit sie die knappschaftliche Krankenversicherung betreffen, beauftragen. Für diese Zeit ruhen insoweit die Aufgaben und Befugnisse der Organe.

§ 123

Für die Verwaltung der Mittel gelten die §§ 333 und 334 der Reichsversicherungsordnung.

§ 124

(1) Für die Rücklagen gelten § 335 Abs. 1 und 3, §§ 337 und 338 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

(2) Die Rücklagen werden bei der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften gebildet und von ihr als Sondervermögen der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung verwaltet.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe und Berechnungsart des Rücklage- und Auffüllungssolls ändern.

§ 125

Für die Auftragsangelegenheiten gelten die §§ 339 und 340 der Reichsversicherungsordnung entsprechend."

12. § 142 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Für das Vermögen gelten die §§ 25 bis 29 der Reichsversicherungsordnung entsprechend."

b) Dem § 142 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Aufsichtsbehörde kann auf Antrag des Trägers der Knappschaftsversicherung geschäftsleitende Bedienstete als Vollstreckungsbeamte und andere Bedienstete des Trägers der Knappschaftsversicherung als Vollziehungsbeamte bestellen."

13. Der VI. Unterabschnitt des Achten Abschnitts erhält folgende Fassung:

„VI. Meldepflicht und Überwachung

§ 143

(1) Die Arbeitgeber haben jeden bei ihnen Beschäftigten, der nach diesem Gesetz versicherungspflichtig ist, bei dem Träger der Knappschaftsversicherung anzumelden und nach Beendigung der Beschäftigung wieder abzumelden. Sie haben die nach der Satzung zur Berechnung der Beiträge erforderlichen Angaben zu machen. Änderung des Beschäftigungsverhältnisses und Änderung des Entgelts, welche die Versicherungspflicht berühren, sind gleichfalls zu melden. Die Satzung bestimmt das Nähere.

(2) Für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten außerdem die §§ 297 bis 299 der Reichsversicherungsordnung entsprechend. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über Form und Inhalt der hiernach zu erstattenden Meldungen sowie über Ausnahmen von der Meldepflicht. Ferner gilt § 301 der Reichsversicherungsordnung.

§ 144

(1) Der Träger der Knappschaftsversicherung überwacht die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beiträge und beanstandet Beiträge, die zu Unrecht geleistet sind. § 324 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.

(2) Die Arbeitgeber haben dem Träger der Knappschaftsversicherung oder seinen Beauftragten über alle Tatsachen Auskunft zu geben, die nach § 143 zu melden sind. Sie haben Geschäftsbücher, Listen oder andere Unterlagen, aus denen diese Tatsachen hervorgehen, während der Betriebszeit an Ort und Stelle oder an der von dem Träger der Knappschaftsversicherung bestimmten Stelle vorzulegen.

(3) Die Versicherten haben über ihren Personenstand, über Art und Dauer ihrer Beschäftigung, über ihr Arbeitsentgelt oder ihr Gesamteinkommen und über die Tatsachen Auskunft zu geben, die für die Gewährung der Leistungen von Bedeutung sind, sowie alle für die Prüfung ihres Versicherungsverhältnisses erforderlichen Unterlagen auf Anforderung zur Einsichtnahme vorzulegen.

(4) Die Kosten der Überwachung können den Arbeitgebern auferlegt werden, soweit sie diese durch Pflichtversäumnis schuldhaft verursacht haben. Die Kosten werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben.

(5) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Überwachungsvorschriften erlassen. Darin kann vorgesehen werden, daß der Träger der Knappschaftsversicherung die Arbeitgeber und die Versicherten zur Befolgung der Vorschriften durch Zwangsgeld anhalten kann."

14. Im Neunten Abschnitt wird der Unterabschnitt „III. Besondere Krankenkassen" gestrichen.

15. Der Zehnte Abschnitt erhält folgende Fassung:

„Zehnter Abschnitt

Aufsicht

§ 189

(1) Das Bundesversicherungsamt führt die Aufsicht über

die bundesunmittelbaren Träger der Knappschaftsversicherung und

die knappschaftsärztliche Vereinigung.

(2) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die nach Landesrecht bestimmten sonstigen Behörden führen die Aufsicht über die landesunmittelbaren Träger der Knappschaftsversicherung.

§ 190

Für den Inhalt und Umfang der Aufsicht gelten die §§ 30 bis 34, 426 und 427 der Reichsversicherungsordnung."

16. § 203 in der derzeitigen Fassung wird gestrichen.

17. Der Zwölfte Abschnitt erhält folgende Fassung:

„Zwölfter Abschnitt

Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte, Verhältnis zu Dritten

I. Kassenärzte und Kassenzahnärzte; Verhältnis zu Krankenhäusern, Apotheken, Hebammen, Angehörigen sonstiger Heilberufe und Lieferanten

§ 199

In der knappschaftlichen Krankenversicherung gelten für die Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte die §§ 380 bis 394 Abs. 4, §§ 395 bis 404 der Reichsversicherungsordnung, für das Verhältnis zu Krankenhäusern, Apotheken, Hebammen sowie zu Angehörigen sonstiger Heilberufe und Lieferanten die §§ 416 bis 423 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

II. Knappschaftsärztliche Versorgung

§ 200

(1) Die Satzung kann bestimmen, daß die ärztliche Versorgung der knappschaftlich Versicherten und ihrer Angehörigen (knappschaftsärztliche Versorgung) in näher bezeichneten Bezirken nur durch Vertragsärzte (Knappschaftsärzte) gewährt wird; die §§ 380, 381 Satz 1, §§ 382 bis 394 Abs. 4, §§ 395 bis 404 der Reichsversicherungsordnung gelten insoweit nicht. Für den Versicherten muß die Wahl unter mehreren Knappschaftsärzten gewährleistet sein.

(2) Die knappschaftsärztliche Versorgung umfaßt die ärztliche Behandlung. Zu ihr gehören auch ärztliche Maßnahmen der Vorsorgehilfe, ärztliche Betreuung bei Mutterschaft, die Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln, Brillen und von Krankenhauspflege sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, die der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und der vertrauensärztliche Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen.

(3) Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung hat die knappschaftsärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

(4) Die Knappschaftsärztliche Vereinigung berät den Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung bei der Durchführung der knappschaftsärztlichen Versorgung.

§ 201

(1) Der Knappschaftsarzt wird für die knappschaftsärztliche Versorgung auf Grund eines Vertrages tätig, der zwischen dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und ihm unter den üblichen Bedingungen abzuschließen ist. Für Streitigkeiten aus dem Vertrag sind die ordentlichen Gerichte zuständig.

(2) Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und die Knappschaftsärztliche Vereinigung haben die Erfüllung der den Knappschaftsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen.

§ 202

(1) Der Knappschaftsarzt ist gegenüber dem zu Behandelnden zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet.

(2) Der Knappschaftsarzt darf Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges, die Erkennung der Krankheit, zur Linderung der Krankheitsbeschwerden oder zur Abwendung einer Krankheit nach den Regeln der ärztlichen Kunst nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, nicht bewirken oder verordnen. Mehrausgaben, die der Knappschaftsarzt durch unnötige oder unwirtschaftliche Behandlung oder Verordnung verschuldet hat, sind von ihm zu erstatten.

§ 203

(1) Knappschaftsarzt kann nur sein, wer mit den bergbaulichen Verhältnissen vertraut ist und eine besondere Vorbereitungszeit abgeleistet hat. Die Satzung bestimmt Dauer und Art der Vorbereitungszeit.

(2) Der Knappschaftsarzt muß überwiegend für die knappschaftsärztliche Versorgung in freier Praxis tätig sein.

§ 204

(1) Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung hat die freie Stelle eines Knappschaftsarztes (Knappschaftsarztsitz) auszuschreiben. Die Satzung bestimmt das Nähere über die Art der Ausschreibung.

(2) Jeder Arzt, der die Voraussetzungen des § 203 erfüllt, kann sich um einen Knappschaftsarztsitz bewerben.

(3) Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung wählt den Arzt aus. Er bildet hierzu einen Ausschuß.

(4) Der Ausschuß besteht aus sechs Mitgliedern des Vorstandes des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung, von denen vier Vertreter der Versicherten und zwei Vertreter der Arbeitgeber sein müssen, sowie drei Knappschaftsärzten; die Knappschaftsärzte und ihre Stellvertreter werden von der Knappschaftsärztlichen Vereinigung benannt. Die Geschäftsführer — im Behinderungsfall ihre Stellvertreter — des Trägers der Knappschaftsversicherung gehören dem Ausschuß mit beratender Stimme an. Die Satzung bestimmt das Nähere.

(5) Der Ausschuß beschließt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Stimmenthaltungen bleiben bei der Ermittlung der Zahl der abgegebenen Stimmen unberücksichtigt.

§ 205

Der Knappschaftsarztsitz wird dem nach § 204 Abs. 3 ausgewählten Arzt durch den Vertrag (§ 201 Abs. 1) zugewiesen.

§ 206

Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung vergütet die ärztlichen Leistungen nach einem Vertrag, der zwischen dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und der Knappschaftsärztlichen Vereinigung zu schließen ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die knappschaftsärztliche Vergütung sind für den Knappschaftsarzt verbindlich.

§ 207

(1) Zur Vereinbarung des Vertrages über die Vergütung der ärztlichen Leistungen, seiner Änderungen und der laufenden Anpassung der Vergütung an Veränderungen der wirtschaftlichen Verhältnisse bilden der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und die Knappschaftsärztliche Vereinigung einen Vertragsausschuß.

(2) Der Vertragsausschuß besteht aus Vertretern des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung und der Knappschaftsärzte in gleicher Zahl. Die Vertreter der Knappschaftsärzte und ihre Stellvertreter werden von der Knappschaftsärztlichen Vereinigung bestellt. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung und ein Vertreter der Knappschaftsärzte.

(3) § 393 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.

(4) Die Kosten des Vertragsausschusses werden je zur Hälfte von dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und der Knappschaftsärztlichen Vereinigung getragen.

§ 208

(1) Hat ein Knappschaftsarzt gegen § 202 Abs. 2 verstoßen, so hat auf Antrag des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung ein Prüfungsausschuß die Angelegenheit zu prüfen. Der Knappschaftsarzt ist hierbei zu hören. Der Prüfungsausschuß hat über die Prüfung einen Bericht zu erstatten, der dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung, der Knappschaftsärztlichen Vereinigung und dem Knappschaftsarzt zu übersenden ist.

(2) Der Prüfungsausschuß wird von der Knappschaftsärztlichen Vereinigung gebildet; die Satzung der Knappschaftsärztlichen Vereinigung bestimmt das Nähere. Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung kann sich darin vertreten lassen; ein Stimmrecht steht ihm nicht zu.

§ 209

(1) Zur Erfüllung der ihnen durch dieses Gesetz übertragenen Aufgaben der knappschaftsärztlichen Versorgung bilden die Knappschaftsärzte eine Knappschaftsärztliche Vereinigung.

(2) Mit der Zuweisung des Knappschaftsarztsitzes wird der Knappschaftsarzt Mitglied der Knappschaftsärztlichen Vereinigung.

(3) Für die Knappschaftsärztliche Vereinigung gelten § 397 Abs. 4, §§ 398 bis 400, 401 Abs. 2 und 3, § 402 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 210

Die Knappschaftsärztliche Vereinigung ist Mitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

III. Vertrauensärzte

§ 211

(1) Träger des vertrauensärztlichen Dienstes für die Knappschaftsversicherung (vertrauensärztlicher Dienst) ist die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften.

(2) Für den vertrauensärztlichen Dienst ist eine Abteilung zu bilden. Die Satzung der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften hat das Nähere zu bestimmen.

(3) Der leitende Beamte der Abteilung hat an den Sitzungen des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften teilzunehmen, wenn Angelegenheiten des vertrauensärztlichen Dienstes behandelt werden; bei Abstimmung hat er eine beschließende Stimme.

§ 212

(1) Die Kosten des vertrauensärztlichen Dienstes tragen, soweit sie nicht durch Gebühren gedeckt werden, die Knappschaften zu einem Drittel nach der Zahl ihrer Versicherten und zu zwei Dritteln nach der Zahl der Begutachtungen. Innerhalb der Knappschaften werden die Kosten zwischen der knappschaftlichen Krankenversicherung und der knappschaftlichen Rentenversicherung im Verhältnis der Inanspruchnahme aufgeteilt. Die Satzung der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften bestimmt das Nähere.

(2) Die Umlage ist nach der Zahl der Begutachtungen des vorangegangenen Kalenderhalbjahres und dem Versichertenbestand am Ersten jedes Kalenderhalbjahres zu berechnen.

(3) Der Arbeitgeber hat für jeden Fall der Begutachtung nach § 213 Abs. 2 eine Gebühr zu entrichten, deren Höhe der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festsetzt. Die Gebühren werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben.

§ 213

(1) Der vertrauensärztliche Dienst berät den Träger der Knappschaftsversicherung bei der Durchführung von Maßnahmen der allgemeinen Krankheitsverhütung und von Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit; er unterstützt ihn bei der Feststellung der Voraussetzungen für die Leistungspflicht und den Leistungsumfang und bei der Leistungsgewährung.

(2) Der vertrauensärztliche Dienst begutachtet die Arbeitsunfähigkeit eines in einem knappschaftlich versicherten Betrieb beschäftigten Arbeitnehmers, wenn ein Befundbericht nach § 4 Abs. 1 des Lohnfortzahlungsgesetzes übersandt wird. § 408 Abs. 2 Satz 2 bis 6 der Reichsversicherungsordnung gilt.

(3) § 411 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.

§ 214

(1) Der Vertrauensarzt hat sich gutachtlich zu äußern, wenn der Träger der Knappschaftsversicherung es für erforderlich hält.

(2) Vor der Gewährung von Kuren soll der Träger der Knappschaftsversicherung ein Gutachten des Vertrauensarztes einholen.

(3) Der Vertrauensarzt ist nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

(4) Der Vertrauensarzt kann zur Erstellung seines Gutachtens den zu Untersuchenden vorladen oder ihn während der üblichen Dienststunden in der Wohnung aufsuchen.

§ 215

(1) Der Leiter des vertrauensärztlichen Dienstes muß Beamter, die übrigen Vertrauensärzte müssen in der Regel Beamte sein. Dienstherr der Beamten ist nach § 6 c des Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetzes die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften.

(2) Für die Vertrauensärzte gelten die §§ 185 und 186 nicht.

(3) Der Leiter des vertrauensärztlichen Dienstes muß ein im vertrauensärztlichen Dienst erfahrener Arzt sein.

(4) Als Vertrauensärzte können, soweit erforderlich, auch Ärzte tätig sein, die nicht Beamte der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften sind. Ärzte, die an der kassenärztlichen Versorgung oder der knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen, sollen am Ort ihrer Niederlassung nicht als Vertrauensärzte tätig sein.

§ 216

(1) Dienststellen des vertrauensärztlichen Dienstes sind im Bereich einer jeden Knappschaft nach Bedarf zu errichten.

(2) Der vertrauensärztliche Dienst kann sich zur Erfüllung seiner Aufgaben der Amtshilfe der Dienststellen der anderen vertrauensärztlichen Dienste (§ 405 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung) bedienen. Diese sind verpflichtet, dem Ersuchen zu entsprechen. Die Kosten sind zu erstatten. Für jeden Fall der Begutachtung ist der nach § 407 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung festgesetzte Betrag zu entrichten; eine pauschale Erstattung kann vereinbart werden.

§ 217

(1) Der vertrauensärztliche Dienst ist für Personen zuständig, die eine Leistung nach diesem Gesetz beantragen oder erhalten, wenn für die Feststellung und Zahlung der Leistung der Träger der Knappschaftsversicherung zuständig ist.

(2) Im Falle des § 213 Abs. 2 ist für die Begutachtung die vertrauensärztliche Dienststelle zuständig, in deren Bezirk sich der Beschäftigte während der Arbeitsunfähigkeit aufhält.

§ 218

(1) Die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften hat eine Dienstanweisung für den vertrauensärztlichen Dienst zu erlassen.

(2) § 415 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gilt."

18. Der VII. Unterabschnitt des Vierzehnten Abschnitts erhält folgende Überschrift:

„VII. Verbote, Strafen und Zwangsgeld"

19. Die §§ 233 und 234 erhalten folgende Fassung:

„§ 233

(1) Die §§ 139 bis 145, 147 und 148 der Reichsversicherungsordnung gelten; § 141 der Reichsversicherungsordnung gilt auch für ein Mitglied eines Organs oder einen Angestellten der Knappschaftsärztlichen Vereinigung.

(2) Wer vorsätzlich als Arbeitgeber dem Beschäftigten höhere Beiträge vom Arbeitsentgelt abzieht, als dieses Gesetz es zuläßt, wird mit Geldstrafe oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft, wenn die Tat nicht in anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.

(3) Wer vorsätzlich als Arbeitgeber Beiträge, die er vom Arbeitsentgelt des Beschäftigten einbehalten oder von ihm erhalten hat, dem Träger der Knappschaftsversicherung vorenthält, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft. Daneben kann auf Geldstrafe erkannt werden. Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe oder Gefängnis bis zu einem Jahr erkannt werden.

§ 234

(1) Der Träger der Knappschaftsversicherung kann gegen

1. einen Arbeitgeber, der vorsätzlich dem Beschäftigten Beiträge abzieht, obwohl eine Anordnung nach § 115 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 320 Abs. 1 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung ergangen ist,
2. einen Arbeitgeber oder Versicherten, der vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 143 Abs. 1 oder Abs. 2 dieses Gesetzes in Verbindung mit den §§ 297, 299 und 301 der Reichsversicherungsordnung eine Meldung oder Angabe nicht, unrichtig, unvollständig oder nicht rechtzeitig macht,
3. einen Versicherten, der vorsätzlich oder fahrlässig den Vorschriften einer nach § 143 Abs. 2 Satz 2 erlassenen Rechtsverordnung zuwiderhandelt, soweit die Rechtsverordnung auf diese Strafbestimmung verweist, oder
4. einen Arbeitgeber, der vorsätzlich oder fahrlässig die Beiträge für seine versicherungspflichtigen Beschäftigten nicht rechtzeitig abführt,

Ordnungsstrafen von 3 bis 1000 Deutschen Mark festsetzen.

(2) Für Verstöße gegen die Krankenordnung gilt § 429 der Reichsversicherungsordnung.

(3) Die Ordnungsstrafen werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben."

20. Nach § 234 werden folgende §§ 234 a und 234 b eingefügt:

„§ 234 a

Die §§ 433 und 434 der Reichsversicherungsordnung gelten auch bei Anwendung des § 233 Abs. 2 und 3 und des § 234.

§ 234 b

Der Träger der Knappschaftsversicherung kann die Arbeitgeber und die Versicherten durch Zwangsgeld zur Erfüllung der ihnen durch § 17 Abs. 2 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 198 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung, § 144 Abs. 1 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 324 Abs. 1 Satz 4 der Reichsversicherungsordnung und § 144 Abs. 2 und 3 auferlegten Pflichten anhalten. § 234 Abs. 3 gilt entsprechend."

§ 4

Änderung des Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetzes

Das Gesetz über die Anpassung von Leistungen der knappschaftlichen Rentenversicherung an das veränderte Lohn- und Preisgefüge und über ihre finanzielle Sicherstellung (Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetz) vom 30. Juli 1949 (Wirtschaftsgesetzblatt der Verwaltung des Vereinigten Wirtschaftsgebietes S. 202), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 7. August 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 848), wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. §§ 1 bis 5 und 7 werden gestrichen.

2. Nach § 6 werden folgende §§ 6 a, 6 b und 6 c eingefügt:

„§ 6 a

Die Arbeitsgemeinschaft hat auch die den Landes- und Bundesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen nach der Reichsversicherungsordnung zugewiesenen Aufgaben wahrzunehmen.

§ 6 b

(1) Für die Satzung der Arbeitsgemeinschaft gelten die §§ 11 und 12 des Reichsknappschaftsgesetzes entsprechend.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft hat einen Haushaltsplan aufzustellen, der vom Vorstand festzustellen ist. Er bedarf der Genehmigung durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

§ 6 c

(1) Der Arbeitsgemeinschaft wird Dienstherrnfähigkeit (§ 121 des Beamtenrechtsrahmengesetzes in der Fassung vom 1. Oktober 1961 — Bundesgesetzbl. I S. 1835 —) verliehen. Ämter dür-

fen nur insoweit eingerichtet werden, als das Reichsknappschaftsgesetz Dienstposten für Beamte bestimmt.

(2) Die Beamten der Arbeitsgemeinschaft sind mittelbare Bundesbeamte. Oberste Dienstbehörde ist der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft; er kann seine Befugnisse auf den Geschäftsführer übertragen.

(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ernennt die Beamten der Arbeitsgemeinschaft auf Vorschlag des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft. Er kann seine Befugnis auf den Vorstand übertragen."

§ 5

Änderung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung

Das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in der Fassung vom 3. April 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 321), zuletzt geändert durch das Kindergeldkassengesetz vom 18. Juli 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1001), wird wie folgt geändert:

1. § 53 erhält folgende Fassung:

„§ 53

(1) Der Arbeitgeber hat die Einstellung und Entlassung von Arbeitnehmern sowie der zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten binnen drei Tagen dem Arbeitsamt anzuzeigen, in dessen Bezirk der Betrieb liegt. Die Anzeigen für Arbeitnehmer, die der Krankenversicherungspflicht unterliegen, sowie für nicht krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer, für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung entrichtet werden müssen, sind zusammen mit den An- und Abmeldungen für die Kranken- oder Arbeitslosenversicherung an die Krankenkassen zu richten. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die für die Arbeitsämter bestimmten Anzeigen an diese weiterzuleiten.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt nach Anhörung des Verwaltungsrates durch Rechtsverordnung Vorschriften über Form und Inhalt der Anzeigen für die Arbeitnehmer, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen und für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung nicht entrichtet werden müssen. Er kann Ausnahmen von der Anzeigepflicht nach Absatz 1 zulassen."

2. § 56 Abs. 1 Nr. 2 erhält folgende Fassung:

„2. a) in der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten oder der knappschaftlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind oder

b) von der Angestelltenversicherungspflicht auf Grund eines Antrages nach Artikel 2 § 1 des Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetzes vom 23. Februar 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 88) befreit sind

und der Pflicht zur Krankenversicherung nur deshalb nicht unterliegen, weil sie die Jahresarbeitsverdienstgrenze der Krankenversicherung überschritten haben, oder"

3. § 77 erhält folgende Fassung:

„§ 77

Trifft der Anspruch auf Arbeitslosengeld mit einem Anspruch auf Krankenbezüge, Krankengeld oder Mutterschaftsgeld oder mit einem Anspruch auf Sonderunterstützung nach dem Mutterschutzgesetz zusammen, so ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld."

4. § 92 Abs. 3 wird gestrichen; Absätze 4 und 5 werden Absätze 3 und 4.

5. § 96 Abs. 4 wird gestrichen.

6. a) In § 107 Satz 1 werden nach dem Wort „Hauptbetrages" die Worte „und von Krankenbezügen" eingefügt.

b) In § 107 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Arbeitslose, die ein Altersruhegeld aus der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten oder der knappschaftlichen Rentenversicherung beziehen, sind von der Versicherung nach Satz 1 vom Tage der Zustellung des die Rente gewährenden Bescheides an ausgenommen."

7. a) In § 108 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Hauptbetrages" die Worte „und von Krankenbezügen" eingefügt.

b) § 108 Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Beginn und Ende der Mitgliedschaft richten sich nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung."

c) § 108 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Scheidet ein Arbeitsloser aus der Krankenversicherung aus, weil er keinen Hauptbetrag oder keine Krankenbezüge mehr bezieht, so stehen ihm die Ansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung in derselben Weise zu, wie wenn er wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses ausgeschieden wäre."

8. § 109 erhält folgende Fassung:

„§ 109

Die Grundlage für die Bemessung der Beiträge bildet das durchschnittliche monatliche Arbeitsentgelt der in § 166 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung genannten Versicherten der Krankenkasse. Das Nähere richtet sich nach § 309 der Reichsversicherungsordnung."

9. In § 110 wird Satz 2 gestrichen.

10. Nach § 110 wird folgende Vorschrift eingefügt:

„§ 110 a

(1) Wird ein Arbeitsloser während des Bezuges von Arbeitslosengeld infolge einer Krankheit arbeitsunfähig, ohne daß ihn hieran ein Verschulden trifft, so hat er während der Arbeitslosigkeit für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen Anspruch auf Krankenbezüge in Höhe des Betrages, den er als Arbeitslosengeld erhielte, wenn er nicht erkrankt wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht für den Zeitraum, für den Mutterschaftsgeld gewährt wird.

(3) Die Krankenbezüge werden von der Bundesanstalt gewährt. Sie sind nicht Arbeitslosengeld im Sinne dieses Gesetzes. Die §§ 91, 93 Abs. 2, §§ 94, 96 Abs. 2, §§ 99, 149 Abs. 4, §§ 152, 205 und die Vorschriften des Siebenten Abschnitts mit Ausnahme des § 179 gelten sinngemäß."

11. § 111 erhält folgende Fassung:

„§ 111

Die Zuständigkeit der Krankenkassen richtet sich nach § 276 der Reichsversicherungsordnung."

12. § 112 erhält folgende Fassung:

„§ 112

(1) Die allgemeinen Beiträge werden von der Bundesanstalt getragen.

(2) Beiträge für Personen, denen eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt worden ist, sind der Bundesanstalt vom Träger der Rentenversicherung zu erstatten, wenn und soweit die Leistungen wegen der Gewährung dieser Rente rückwirkend entzogen worden sind. Der Erstattungsanspruch ist auf den Betrag beschränkt, den der Träger der Rentenversicherung für die Zeit zu tragen gehabt hätte, für die die Leistungen entzogen worden sind."

13. § 113 erhält folgende Fassung:

„§ 113

Die Meldungen, die nach der Reichsversicherungsordnung dem Arbeitgeber obliegen, werden in der Krankenversicherung der Arbeitslosen von den Arbeitsämtern erstattet. Sie beschränken sich auf die vierwöchentliche Meldung der Gesamtzahl der Tage, für die an Empfangsberechtigte der Hauptbetrag gezahlt wurde. Im übrigen werden die Meldungen durch die Meldekarte ersetzt, die das Arbeitsamt den Arbeitslosen ausstellt. Der Direktor des Arbeitsamtes kann mit den Krankenkassen Abweichendes vereinbaren."

14. § 114 wird gestrichen.

15. § 124 erhält folgende Fassung:

„§ 124

(1) Für die Krankenversicherung der Personen, denen Kurzarbeitergeld gewährt wird, zahlt die Bundesanstalt an die Krankenkasse sieben vom Hundert des an die Mitglieder der Krankenkasse ausgezahlten Kurzarbeitergeldes.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung einen anderen Vomhundertsatz festzusetzen, wenn sich der durchschnittliche Vomhundertsatz der allgemeinen Beiträge aller Krankenkassen nach dem 1. Januar 1965 um mehr als 0,5 oder der durchschnittliche Vomhundertsatz der diesem Gesetz beigefügten Tabelle nach § 121 Abs. 2 um mehr als fünf vom Hundert ändert."

16. § 128 erhält folgende Fassung:

„§ 128

Für die Krankenversicherung der Personen, denen Stillegungsvergütung gewährt wird, gilt § 124 entsprechend."

17. § 143 i erhält folgende Fassung:

„§ 143 i

Für die Krankenversicherung der Personen, denen Schlechtwettergeld gewährt wird, gilt § 124 entsprechend."

18. § 158 Abs. 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„§ 303 Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung ist entsprechend anzuwenden."

19. § 160 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Auf die Zahlung sind die §§ 28, 29, 314 bis 317 und 319 bis 322 der Reichsversicherungsordnung anzuwenden."

20. § 162 wird gestrichen.

21. a) § 164 Abs. 2 Nr. 1 erhält folgende Fassung:

„1. für die nach § 56 Abs. 1 Versicherten, die für den Fall der Krankheit pflichtversichert sind und deren Entgelt die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung nicht überschreitet, nach der Bemessungsgrundlage, die nach der Reichsversicherungsordnung für die Bemessung des Beitrags zur Krankenversicherung maßgebend ist, für Lehrlinge, die keine Vergütung erhalten, nach der Lohnstufe, die die Satzung der Krankenkasse nach § 353 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung festgesetzt hat,"

b) In § 164 Abs. 4 werden die Worte „, 175 Deutsche Mark wöchentlich" gestrichen.

c) § 164 Abs. 5 wird gestrichen.

22. In § 214 werden die Worte „§ 530" durch die Worte „§ 430" ersetzt.

23. In § 216 Nr. 4 werden die Worte „§§ 400 und 402" durch die Worte „§ 320 Abs. 2 Satz 2" ersetzt.

24. In § 218 Abs. 2 werden die Worte „§ 530" durch die Worte „§ 430" ersetzt.

§ 6

Änderung des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung

Artikel IX § 3 des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 23. Dezember 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 1018) wird gestrichen.

§ 7

Änderung des Mutterschutzgesetzes

Das Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz) vom 24. Januar 1952 (Bungesetzbl. I S. 69) wird wie folgt geändert:

1. § 9 Abs. 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:

   „(2) Die für den Arbeitsschutz zuständige oberste Landesbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann in besonderen Fällen ausnahmsweise die Kündigung für zulässig erklären."

2. In § 10 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „soweit sie nicht Wochengeld nach § 13 beziehen können" durch die Worte „soweit sie nicht Mutterschaftsgeld nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung erhalten können" ersetzt.

3. § 11 erhält folgende Fassung:

   „§ 11

   Sonderunterstützung für Hausgehilfinnen

   Hausgehilfinnen und Tagesmädchen erhalten, falls ihr Arbeitsverhältnis durch Kündigung seitens des Arbeitgebers nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft aufgelöst worden ist (§ 9 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 1) vom Zeitpunkt der Auflösung des Arbeitsverhältnisses an bis zum Einsetzen der Leistungen nach § 212 der Reichsversicherungsordnung eine wöchentlich nachträglich zahlbare Sonderunterstützung in Höhe des Durchschnittsverdienstes der letzten dreizehn Wochen oder, falls das Arbeitsentgelt nach Monaten bemessen ist, in Höhe des Durchschnittsverdienstes der letzten drei Monate, jedoch mindestens drei Deutsche Mark für jeden Kalendertag. Auf die Sonderunterstützung werden eine anläßlich des Ausscheidens aus dem Arbeitsverhältnis empfangene Abfindung oder Entschädigung sowie ein Arbeitsentgelt in voller Höhe angerechnet. Die Sonderunterstützung wird von der Krankenkasse gezahlt und vom Bund erstattet. § 5 Abs. 2 ist anzuwenden."

4. In § 12 Abs. 1 wird der letzte Halbsatz gestrichen.

5. § 13 erhält folgende Fassung:

   „§ 13

   Besonderheiten für die Sonderunterstützung

   (1) Als Verdienst im Sinne des § 11 gilt das um die gesetzlichen Abzüge verminderte Arbeitsentgelt.

   (2) Für das Verfahren bei Feststellung der Sonderunterstützung nach § 11 gelten die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung über die Feststellung der Leistungen der Krankenversicherung entsprechend.

   (3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Berechnung und Auszahlung der Sonderunterstützung erlassen.

   (4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch allgemeine Verwaltungsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über den Nachweis sowie über die Abrechnungszeiträume und die Gewährung von Vorschüssen für die Aufwendungen an Sonderunterstützung nach § 11."

6. Die §§ 14, 15 und 16 werden gestrichen.

7. In § 24 werden die Worte „§ 13 Abs. 2" gestrichen.

§ 8

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. § 70 Nr. 4 erhält folgende Fassung:

   „4. der Zulassungsausschuß (§ 387 der Reichsversicherungsordnung), der Beschwerdeausschuß (§ 391 der Reichsversicherungsordnung) und das Schiedsamt (§ 395 der Reichsversicherungsordnung)."

2. § 71 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

   „(4) Den Zulassungsausschuß, den Beschwerdeausschuß und das Schiedsamt (§ 70 Nr. 4) vertritt der Vorsitzende."

3. § 81 Nr. 2 erhält folgende Fassung:

   „2. wenn in Angelegenheiten des Kassenarztrechts gegen Entscheidungen des Zulassungsausschusses, des Schiedsamtes oder der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 398 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung oder der Knappschaftsärztlichen Vereinigung nach § 209 Abs. 3 des Reichsknappschaftsgesetzes in Verbindung mit § 398 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung Klage erhoben werden soll,"

4. a) In § 82 wird folgender Absatz 1 eingefügt:

   „(1) Das Beschwerdeverfahren nach § 391 der Reichsversicherungsordnung gilt als Vorverfahren."

   b) Der bisherige einzige Absatz wird Absatz 2.

5. In § 97 Abs. 1 Nr. 4 werden die Worte „(368 b Abs. 4 Reichsversicherungsordnung)" gestrichen; das Wort „Berufungsausschuß" wird durch das Wort „Zulassungsausschuß" ersetzt.

§ 9

Änderung des Krankenpflegegesetzes

Im Krankenpflegegesetz vom 15. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 716) wird § 22 Abs. 2 gestrichen.

§ 10

Änderung des Seemannsgesetzes

Das Seemannsgesetz vom 26. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. II S. 713) in der Fassung des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Seemannsgesetzes vom 25. August 1961 (Bundesgesetzbl. II S. 1391) wird wie folgt geändert:

1. § 45 Abs. 2 wird gestrichen.

2. In § 45 Abs. 3 werden die Worte „in den Fällen der Absätze 1 und 2" durch die Worte „im Falle des Absatzes 1" ersetzt; Absatz 3 wird Absatz 2.

§ 11

Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung des Ersten Neuordnungsgesetzes vom 27. Juni 1960 (Bundesgesetzbl. I S. 453), zuletzt geändert durch das Kindergeldkassengesetz vom 18. Juli 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1001) wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. § 14 Abs. 7 erhält folgende Fassung:

   „(7) Berechtigte, die Heilbehandlung oder Krankenbehandlung nur auf Grund dieses Gesetzes erhalten, sind von den Verpflichtungen nach §§ 187, 189 und 195 der Reichsversicherungsordnung befreit."

2. In § 14 wird folgender neuer Absatz 8 eingefügt:

   „(8) Bei Beschädigten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, bleiben Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die für die Behandlung von anerkannten Schädigungsfolgen entstanden sind, bei der Verrechnung des besonderen Beitrages nach § 328 der Reichsversicherungsordnung außer Betracht. Absatz 7 gilt entsprechend."

§ 12

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

Im Bundesvertriebenengesetz vom 19. Mai 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 201) in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Oktober 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1882) wird § 70 gestrichen.

§ 13

Änderung des Bundesevakuiertengesetzes

Im Bundesevakuiertengesetz vom 14. Juli 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 586) in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Oktober 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1865) wird § 11 gestrichen.

§ 14

Änderung des Heimkehrergesetzes

Das Heimkehrergesetz vom 19. Juni 1950 (Bundesgesetzbl. S. 221), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 1018), wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. § 7 b wird gestrichen.

2. a) § 22 Abs. 1 Satz 3 wird gestrichen.

   b) In § 22 Abs. 2 werden die Worte „§ 176 der Reichsversicherungsordnung" durch die Worte „§ 172 der Reichsversicherungsordnung" und die Worte „§ 176 Abs. 3" durch die Worte „§ 172 Abs. 2 und 3" ersetzt.

3. a) In § 23 Abs. 1 Satz 2 wird das Wort „Wochenhilfe" durch die Worte „Vorsorgehilfe, Mutterschaftshilfe" ersetzt.

   b) § 23 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

      „(3) Der Bemessung der Barleistungen wird das Arbeitsentgelt zugrunde gelegt, das im Falle der Arbeitslosigkeit des Heimkehrers für die Bemessung des Arbeitslosengeldes maßgebend wäre."

   c) In § 23 Abs. 4 werden die Worte „§ 212 Abs. 1" durch die Worte „§ 224" ersetzt.

4. § 23 a erhält folgende Fassung:

   „§ 23 a

   § 23 Abs. 3 gilt unter den in § 23 Abs. 1 genannten Voraussetzungen auch für die Heimkehrer, die zwar nach anderen gesetzlichen Vorschriften einen Anspruch auf Krankenhilfe haben, jedoch Barleistungen entweder nicht oder nach einer niedrigeren Bemessungsgrundlage erhalten. § 202 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung bleibt unberührt."

5. § 27 Abs. 3 wird gestrichen; Absatz 4 wird Absatz 3.

§ 15

Änderung des Bundesentschädigungsgesetzes

Das Bundesentschädigungsgesetz in der Fassung des Dritten Gesetzes zur Änderung des Bundesergänzungsgesetzes zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung vom 29. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 559), zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 663), wird wie folgt geändert:

In § 67 Abs. 2 wird Satz 2 gestrichen; Satz 3 erhält folgende Fassung: „Er gilt an dem Ort als zugelassen, für den er seine Niederlassung beantragt."

§ 16

Änderung des Einkommensteuergesetzes

Das Einkommensteuergesetz in der Fassung vom 15. August 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1253) wird wie folgt geändert und ergänzt:

1. In § 3 Ziff. 2 wird nach dem Wort „Arbeitslosengeld," das Wort „Krankenbezüge," eingefügt.

2. In § 3 wird nach Ziffer 58 folgende Vorschrift eingefügt:

„59. die Sonderunterstützung für Hausgehilfinnen nach § 11 des Mutterschutzgesetzes in der Fassung des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes vom .... (Bundesgesetzbl. I S. ....)."

Artikel 3

Überleitungsvorschriften

I. Kreis der versicherten Personen

§ 1

(1) Die Versicherungspflicht der Personen, die durch die Vorschriften dieses Gesetzes versicherungsfrei werden, endet mit Ablauf des sechsten Monats nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

(2) Die in Absatz 1 genannten Personen können die Versicherung binnen eines Monats nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht freiwillig fortsetzen, auch wenn die Voraussetzungen des § 171 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung nicht erfüllt sind.

§ 2

(1) Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 oder 4 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 500) versicherungspflichtig sind oder versicherungspflichtig wären, wenn sie nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften versichert wären, aber die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 der Reichsversicherungsordnung nicht erfüllen, bleiben versicherungspflichtig, solange sie Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten beziehen. Sie gelten als Versicherte nach § 166 Abs. 1 Nr. 4 oder 5 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Absatz 1 gilt auch für Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund des § 5 des Sozialversicherungs-Angleichungsgesetzes Saar vom .... (Bundesgesetzbl. I S. . . . .) als versicherungspflichtig gelten oder als versicherungspflichtig gelten würden, wenn sie nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften versichert wären.

(3) Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes als Rentenbezieher nach § 5 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung vom 19. Mai 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 287) oder nach § 1 der Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. Juni 1942 (Reichsgesetzbl. I S. 409) oder nach § 16 des Saarknappschaftsgesetzes vom 11. Juli 1951 (Amtsbl. des Saarlandes S. 1099, 1379) in der Fassung des Sozialversicherungs-Angleichungsgesetzes Saar vom .... (Bundesgesetzbl. I S. . . .) versicherungspflichtig sind, aber die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 15 Abs. 2 Satz 1 des Reichsknappschaftsgesetzes nicht erfüllen, bleiben versicherungspflichtig, solange sie Rente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung beziehen. Sie gelten als Versicherte nach § 15 Abs. 2 des Reichsknappschaftsgesetzes. Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nach Artikel 2 § 27 des Knappschaftsrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der knappschaftlichen Krankenversicherung versichert sind.

(4) Personen, denen bis zum Inkrattreten dieses Gesetzes nach dem Erlaß des Reichsarbeitsministers betreffend Beginn der knappschaftlichen Rentnerkrankenversicherung vom 22. August 1942 (Reichsarbeitsbl. Teil II S. 476) Leistungen der knappschaftlichen Rentnerkrankenversicherung gewährt werden konnten oder die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes wegen eines Antrags auf Rente aus der knappschaftlichen Rentenversicherung nach § 16 des Saarknappschaftsgesetzes versicherungspflichtig sind, aber weder die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach § 15 Abs. 2 Satz 1 des Reichsknappschaftsgesetzes erfüllen noch nach § 15 Abs. 3 des Reichsknappschaftsgesetzes als Versicherte gelten, können der Versicherung freiwillig beitreten oder die Versicherung freiwillig fortsetzen, wenn sie im Zeitpunkt der Antragstellung freiwillig versichert waren oder das Recht auf freiwillige Weiterversicherung hatten oder wenn sie das Recht auf freiwillige Weiterversicherung nach der Antragstellung erworben haben. Der Beitritt oder die freiwillige Weiterversicherung ist beim Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung binnen drei Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu beantragen.

§ 3

Für die in § 166 Abs. 1 Nr. 5 der Reichsversicherungsordnung genannten Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht versicherungspflichtig sind, beginnen Rechte und Pflichten aus der Pflichtversicherung mit dem Ersten des Monats, in dem sie sich bei der Kasse melden.

§ 4

Zeiten, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes in einer gesetzlich angeordneten Versiche-

rung oder Versorgung für den Fall der Krankheit zurückgelegt sind, stehen einer Pflichtversicherung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gleich.

§ 5

(1) Personen, die ihren ständigen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes nehmen und bis zum Verlassen ihres früheren Versicherungsbereichs bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, können diese Versicherung auf Antrag innerhalb von sechs Monaten nach dem in Absatz 2 bezeichneten Zeitpunkt fortsetzen. Als Versicherung im Sinne des Satzes 1 gilt jede gesetzlich angeordnete Versicherung oder Versorgung für den Fall der Krankheit. Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Tage des Beitritts zur Kasse.

(2) Die Frist von sechs Monaten beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der ständige Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes genommen wird.

(3) Waren die in Absatz 1 bezeichneten Personen zuletzt vor dem 8. Mai 1945 bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, der noch im Geltungsbereich dieses Gesetzes besteht, so können sie sich bei ihm weiterversichern. Sind sie in einem Betrieb beschäftigt, für den eine Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse zuständig ist, so können sie sich auch bei dieser Kasse weiterversichern.

§ 6

§ 174 der Reichsversicherungsordnung gilt nicht für Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes als freiwillige Mitglieder versichert waren.

II. Leistungen der Versicherung

§ 7

Für Versicherungsfälle, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes eingetreten sind, werden Leistungen nach dem bisherigen Recht gewährt, soweit das für die Berechtigten günstiger ist. Die §§ 187, 189 und 195 der Reichsversicherungsordnung gelten. Im übrigen gelten die Besonderheiten der §§ 8 bis 11 dieses Artikels.

§ 8

Zeiten des Bezuges von Krankenhauspflege und Krankengeld, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes liegen, werden, wenn es sich um dieselbe Krankheit handelt, auf die Bezugszeiten nach neuem Recht angerechnet.

§ 9

Besteht bei Inkrafttreten dieses Gesetzes Arbeitsunfähigkeit, so ist Krankengeld nach der bisherigen Bemessungsgrundlage und Zahlungsweise weiterzuzahlen. Der Höchstbetrag des Regellohns für den Werktag ist 29,17 Deutsche Mark, für den Arbeitstag 35 Deutsche Mark und für den Kalendertag 25 Deutsche Mark. Für die Berechnung des Krankengeldes nach § 204 der Reichsversicherungsordnung gelten die in dieser Vorschrift genannten Vomhundertsätze.

§ 10

Leistungen im Falle der Mutterschaft werden nach dem bisherigen Recht gewährt, wenn die Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes vor Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen hat. Für diese Fälle richtet sich die Erstattungpflicht des Bundes nach bisherigem Recht.

§ 11

Für Leistungen der Familienhilfe gelten die §§ 8 und 10 dieses Artikels entsprechend. Soweit nach den Vorschriften dieses Gesetzes für Angehörige Familienhilfe nicht mehr gewährt wird, endet der Anspruch auf Leistungen spätestens sechsundzwanzig Wochen nach Inkrafttreten dieses Gesetzes.

§ 12

(1) Zusatzsterbegeldversicherungen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. Juni 1942 (Reichsgesetzbl. I S. 409) in Verbindung mit § 13 der Verordnung über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 689), nach Artikel 2 § 10 des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 500) und nach § 5 Abs. 5 des Gesetzes über die gegenseitige Auswirkung des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherungen und der Krankenversicherung der Rentner im Saarland und im übrigen Bundesgebiet einschließlich des Landes Berlin vom 26. März 1959 (Bundesgesetzbl. I S. 200) können in der Höhe weitergeführt werden, in der sie im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestehen. Zuständig ist der Träger der Krankenversicherung, bei dem die Zusatzversicherung in diesem Zeitpunkt besteht.

(2) Die Satzung des Trägers der Krankenversicherung bestimmt die Höhe des monatlichen Beitrages zur Zusatzsterbegeldversicherung; dieser darf den Betrag von fünf Deutschen Pfennig für je fünf Deutsche Mark nicht übersteigen.

(3) Die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden sonstigen Zusatzversicherungen erlöschen.

(4) Neue Zusatzversicherungen können nicht mehr abgeschlossen werden.

III. Träger der Versicherung

§ 13

(1) Ortskrankenkassen, deren Bezirke im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes der Vorschrift des § 235 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung nicht entsprechen, bleiben bestehen. Soweit diese Ortskrankenkassen die Bezirke mehrerer kreisfreier Städte oder Landkreise umfassen, gelten sie als angeordnet im Sinne des § 235 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung, bis die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes die Anordnung ändert oder widerruft.

(2) Die besondere Ortskrankenkasse für Schiffer in Lauenburg und die Schifferkrankenkasse in Regensburg gelten als Ortskrankenkassen im Sinne des Absatzes 1.

(3) Solange für den Bezirk einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises eine Ortskrankenkasse nicht besteht, sind die Aufgaben der Ortskrankenkasse von der Landkrankenkasse wahrzunehmen.

§ 14

(1) Die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestehenden Landkrankenkassen gelten als angeordnet im Sinne des § 238 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Betriebs- und Innungskrankenkassen, die vor dem 1. Januar 1914 errichtet worden sind, werden geschlossen, wenn die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 100 beträgt.

(3) Ersatzkassen, die vor dem 1. Januar 1914 zugelassen worden sind, werden geschlossen, wenn die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres weniger als 300 beträgt.

IV. Aufbringung und Verwaltung der Mittel

§ 15

Bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem dieses Gesetz in Kraft getreten ist, tritt an die Stelle des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden monatlichen Entgelts (§§ 309, 310, 392 der Reichsversicherungsordnung) der nach § 385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 500) festgestellte durchschnittliche monatliche Grundlohn.

§ 16

(1) Das als Rücklage der Kassen bei den Trägern der Gemeinschaftsaufgaben angesammelte Vermögen ist nach Höhe der Rücklageguthaben zur Hälfte auf den zuständigen Landesverband der Krankenkassen, zur Hälfte auf die einzelnen Kassen zu übertragen. Gehört die Kasse keinem Landesverband an, so ist ihr der ihrem Rücklageguthaben entsprechende Vermögensanteil ganz zu übertragen.

(2) Hat die Kasse die Rücklage selbst verwaltet, so ist das Rücklagevermögen zur Hälfte auf den zuständigen Landesverband der Krankenkassen zu übertragen, sofern die Kasse die Rücklage nach § 335 Abs. 2 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung nicht selbst zu bilden hat. Die Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung übertragen die bei ihnen gebildete Rücklage der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften.

§ 17

Bis zu der in § 339 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Regelung sind für Auftragsangelegenheiten an die Kassen Verwaltungskosten in Höhe von sieben vom Hundert der seit Inkrafttreten dieses Gesetzes für die Auftragsangelegenheit entstandenen Ausgaben zu zahlen, soweit nicht nach bisherigen Vorschriften andere Sätze vorgesehen sind.

§ 18

Die Träger der Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten haben die Beiträge nach § 310 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung für die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 der Reichsversicherungsordnung genannten Personen, die nach Artikel 2 § 27 des Knappschaftsrentenversicherungs-Neuregelungsgesetzes in der knappschaftlichen Krankenversicherung versichert sind, an den Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung zu entrichten.

§ 19

Das von der Seekasse verwaltete, für die See-Krankenkasse bestimmte Vermögen geht mit Inkrafttreten dieses Gesetzes auf die See-Krankenkasse über. Gerichtsgebühren und andere Abgaben, die aus Anlaß der Vermögensübertragung entstehen, werden nicht erhoben; Auslagen bleiben außer Ansatz.

V. Kassenverbände

§ 20

(1) Die bestehenden Kassenverbände (§ 406 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Fassung) werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes Bezirksverbände nach § 366 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Die nach den bisherigen Satzungen bestehenden Vertreterversammlungen der in Absatz 1 genannten Kassenverbände sind mit Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgelöst; ihre Vorstände gelten als Vorstände im Sinne des § 366 Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung.

(3) Gerichtsgebühren und andere Abgaben, die aus Anlaß und in Durchführung der Vorschriften des Absatzes 1 entstehen, werden nicht erhoben; Auslagen bleiben außer Ansatz.

§ 21

(1) Landesverbände der Krankenkassen, deren Grenzen von denjenigen abweichen, die in § 370 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung bestimmt sind, bleiben bestehen, wenn nicht eine der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder die Zustimmung widerruft.

(2) Wird die Zustimmung widerrufen, so findet eine Auseinandersetzung statt. Das Nähere über die Auseinandersetzung bestimmen die beteiligten Länder.

§ 22

Landesverbände, denen nur eine Kasse angehört, sind mit Inkrafttreten dieses Gesetzes aufgelöst. Die Rechte und Pflichten des Landesverbandes gehen mit Inkrafttreten dieses Gesetzes auf die Kasse über. § 20 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 23

(1) Der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. und der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. werden mit Inkrafttreten dieses Gesetzes Bundesverbände der Ersatzkassen nach § 371 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung.

(2) Die nach den bisherigen Satzungen bestehenden Mitgliederversammlungen und Vorstände der in Absatz 1 genannten Verbände gelten mit Inkrafttreten dieses Gesetzes als Vertreterversammlungen und Vorstände der Bundesverbände der Ersatzkassen.

(3) Die Vertreterversammlungen beschließen erstmalig innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes die Satzung der Bundesverbände. Die Neuwahl der Organe ist innerhalb von drei Monaten nach Genehmigung der Satzung durchzuführen. Die Amtsdauer der Mitglieder der Organe endet erstmals mit dem 30. Juni 1966.

(4) Die Rechte und Pflichten des Verbandes der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. und des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. gehen mit Inkrafttreten dieses Gesetzes auf die entsprechenden Bundesverbände über. § 20 Abs. 3 gilt entsprechend.

VI. Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte

§ 24

(1) Die Zulassungsausschüsse (§ 387 der Reichsversicherungsordnung) sind innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Zulassungsordnung (§ 388 der Reichsversicherungsordnung) zu errichten. Die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Zulassungsausschüsse bleiben bis zur Errichtung bestehen.

(2) Die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes in Zulassungssachen bei Berufungsausschüssen anhängigen Verfahren gehen auf den Zulassungsausschuß über.

§ 25

(1) Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung auch durch Personen gewährt werden, die Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder heimatlose Ausländer sind und die Zahnheilkunde nach § 19 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 221) weiter ausüben dürfen, wenn sie bis zum Inkrafttreten des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde eine den staatlich anerkannten Dentisten gleichwertige Ausbildung genossen haben und seither als Dentisten selbständig waren. Das Nähere über die erforderlichen Nachweise bestimmt die Zulassungsordnung.

(2) Die in Absatz 1 genannten Personen und die in § 123 der Reichsversicherungsordnung genannten Dentisten gelten als Zahnärzte im Sinne dieses Gesetzes.

§ 26

Bis zur Vereinbarung der Gebührenordnungen (§ 392 der Reichsversicherungsordnung) gilt für die Kassenärzte die zwischen den Verbänden der Angestellten-Krankenkassen e. V. und der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarte Gebührenordnung (Ersatzkassen-Adgo) nach dem Stand bei Inkrafttreten dieses Gesetzes; für die Kassenzahnärzte gilt der zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbarte Bewertungsmaßstab für die Kassenzahnärztlichen Leistungen (Bema) mit dem für die Angestellen-Krankenkassen bei Inkrafttreten dieses Gesetzes geltenden Punktwert.

§ 27

Kassenärztliche Vereinigungen, deren Grenzen von denjenigen abweichen, die in § 397 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung bestimmt sind, bleiben bestehen, wenn nicht eine der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder die Zustimmung widerruft. § 21 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 28

(1) Macht der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung von der Ermächtigung des § 200 des Reichsknappschaftsgesetzes Gebrauch, so werden die Ärzte, die in den bezeichneten Bezirken auf Grund von Verträgen überwiegend für die ärztliche Versorgung der knappschaftlich Versicherten in freier Praxis tätig sind, Knappschaftsärzte im Sinne der §§ 200 ff. des Reichsknappschaftsgesetzes; ihre Rechte aus den Verträgen bleiben vorbehaltlich des § 206 des Reichsknappschaftsgesetzes unberührt.

(2) Gewährt der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung die ärztliche oder zahnärztliche Versorgung nach § 199 des Reichsknappschaftsgesetzes, so können die Verträge mit den Ärzten oder Zahnärzten, die die ärztliche oder zahnärztliche Versorgung der knappschaftlich Versicherten in diesen Bezirken durchführen, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu dem in Artikel 6 § 1 Satz 2 angegebenen Zeitpunkt gekündigt werden. Die aus den Verträgen bisher erworbenen Rechte bleiben unberührt. Sätze 1 und 2 gelten entsprechend auch für Ärzte, die nach Absatz 1 nicht Knappschaftsärzte werden, weil sie die Voraussetzungen nicht erfüllen.

(3) Ärzte oder Zahnärzte, deren Vertrag nach Absatz 2 gekündigt wird, sind mit Wirksamwerden der Kündigung zur kassenärztlichen oder kassenzahnärztlichen Versorgung zugelassen. Als Kassenarztsitz gilt der Ort der Niederlassung.

§ 29

Ärzte und Zahnärzte, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes nur zur ärztlichen Versorgung bei den Ersatzkassen zugelassen sind, gelten als zugelassen im Sinne des § 383 der Reichsversicherungsordnung, es sei denn, sie erklären innerhalb von einem Monat nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, daß sie nur zu den Ersatzkassen zugelassen bleiben wollen. Die Erklärung ist gegenüber dem für den Kassenarztsitz zuständigen Zulassungsausschuß abzugeben.

§ 30

(1) Die Arbeitsgemeinschaft der Vereinigungen der Knappschaftsärzte e. V. wird mit dem in Artikel 6 § 1 Satz 2 angegebenen Zeitpunkt Knappschaftsärztliche Vereinigung im Sinne des § 209 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes.

(2) Der nach der bisherigen Satzung bestehende Vorstand führt die Geschäfte bis zur Bildung der Organe. Er nimmt auch die Befugnisse der Vertreterversammlung nach § 209 Abs. 3 des Reichsknappschaftsgesetzes in Verbindung mit § 398 der Reichsversicherungsordnung wahr.

(3) Die Satzung (§ 209 Abs. 3 des Reichsknappschaftsgesetzes in Verbindung mit § 398 der Reichsversicherungsordnung) ist innerhalb von drei Monaten nach dem in Artikel 6 § 1 Satz 2 angegebenen Zeitpunkt zu beschließen.

(4) Die Organe sind erstmalig innerhalb von drei Monaten nach Genehmigung der Satzung zu wählen.

§ 31

(1) Bis zur Aufnahme der Tätigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes nach § 405 der Reichsversicherungsordnung nimmt dessen Aufgaben und Befugnisse in den Ländern Baden-Württemberg und Berlin der dort bestehende vertrauensärztliche Dienst wahr.

(2) Die Landesregierung Baden-Württemberg und der Senat des Landes Berlin bestimmen durch Rechtsverordnung den Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes nach § 405 der Reichsversicherungsordnung sowie das Nähere über die Übernahme von Bediensteten und den Übergang von Vermögen von den bisherigen Trägern auf die Landesversicherungsanstalten.

§ 32

(1) Bis zur Aufnahme der Tätigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes für die Knappschaftsversicherung nach § 211 des Reichsknappschaftsgesetzes nehmen dessen Aufgaben die bisherigen vertrauensärztlichen Dienste der Knappschaften wahr.

(2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes für die Knappschaftsversicherung sowie das Nähere über die Übernahme von Bediensteten und den Übergang von Vermögen der bisherigen Träger der vertrauensärztlichen Dienste der Knappschaften auf die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der Bundesrepublik Deutschland.

VII. Aufsicht

§ 33

Die Landesregierungen regeln durch Rechtsverordnung das Nähere über den Übergang von Personal sowie von Rechten und Pflichten der bisherigen Träger der Gemeinschaftsaufgaben „Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenkassen und Kassenverbände" (Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 18. Dezember 1934 — Reichsgesetzbl. I S. 1266 —) auf die Behörden oder Prüfeinrichtungen, die die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der landesunmittelbaren Körperschaften nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes zu prüfen haben.

Artikel 4

Übergangsvorschriften

I. Recht der Selbstverwaltung

Bis zur Neuregelung des Rechts der Selbstverwaltung gelten folgende Vorschriften:

§ 1

(1) Für Organe und Geschäftsführer der Kassenverbände nach §§ 366 ff. der Reichsversicherungsordnung gelten § 2 Abs. 5 Satz 1, Abs. 6, 11 Satz 2 bis 4 und Abs. 12, §§ 3, 4 Abs. 7, §§ 5, 6 Abs. 1, 3 und 4, § 7 Abs. 1, 3 bis 5 und § 8 Abs. 1 Buchstabe a Satz 1, Abs. 3, 4 und 6 des Selbstverwaltungsgesetzes entsprechend.

(2) § 5 Abs. 2 des Selbstverwaltungsgesetzes gilt nicht für die Bundesverbände der Ersatzkassen.

§ 2

(1) Bei den Landes- und Bundesverbänden nach den §§ 370 ff. der Reichsversicherungsordnung werden als Organe der Selbstverwaltung je eine Vertreterversammlung und je ein Vorstand nach näherer Bestimmung der Satzungen gewählt. In den Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen alle Mitgliedskassen vertreten sein. Umfaßt ein Landesverband mehr als fünfzig Mitgliedskassen, so kann die Satzung Abweichendes bestimmen.

(2) Die Organe setzen sich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Die Versicherten wählen die Vertreter der Versicherten, die Arbeitgeber wählen die Vertreter der Arbeitgeber. Die Mitglieder der Vertreterversammlung werden von den Mitgliedern der Vorstände der Verbandsmitglieder aus deren Reihen gewählt. Bei der Bildung der Organe des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen sind die Betriebskrankenkassen der Verwaltungen und Betriebe des Bundes angemessen zu berücksichtigen. Die Zahl der Mitglieder der Organe muß in einem angemessenen Verhältnis zur Mitgliederzahl und den Aufgaben der Verbände stehen.

(3) Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt nicht für die Bundesverbände der Ersatzkassen.

§ 3

(1) Für den Ausschuß und den leitenden Beamten der besonderen Abteilung des vertrauensärztlichen Dienstes (§ 405 der Reichsversicherungsordnung) gelten § 2 Abs. 11 Satz 3 und 4 und Abs. 12 Satz 1, §§ 3, 5 Abs. 1, 3 und 4, § 7 Abs. 1, 3 bis 5 und § 8 Abs. 4 des Selbstverwaltungsgesetzes entsprechend.

(2) Die Amtsdauer der Mitglieder des Ausschusses richtet sich nach der Amtsdauer der Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften.

II. Weitergeltung von Vorschriften

§ 4

Bis zum Erlaß der in § 259 Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Vorschriften gelten die landesrechtlichen Vorschriften über das Abstimmungsverfahren weiter.

§ 5

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnungen nach § 300 der Reichsversicherungsordnung und § 53 Abs. 2 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung bleibt die Verordnung über die Durchführung der Meldepflicht gemäß § 24 des Kündigungsschutzgesetzes vom 16. September 1954 (Bundesanzeiger Nr. 181) in Kraft.

§ 6

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 323 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gelten die Siebzehnte Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (Verordnung zu § 162 AVAVG) vom 19. April 1962 (Bundesgesetzbl. I S. 238) und die Verordnung über die Höhe der an die Einzugsstellen zu leistenden Vergütung für den Einzug der Beiträge zu den Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten vom 21. August 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1274) weiter. Ebenso bleiben bestehende Vereinbarungen unberührt.

§ 7

Bis zum Erlaß der Verwaltungsvorschriften nach § 323 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gelten für die Beitragszahlung der Träger der Rentenversicherung die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über die Zahltage für die von den Trägern der Rentenversicherung zu leistenden Beiträge, über die Berechnung der durchschnittlichen Grundlöhne und über das Beitragseinzugsverfahren in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR-Beitragsvorschriften) vom 26. Juli 1956 (Bundesanzeiger Nr. 145) in der Fassung vom 25. Juni 1959 (Bundesanzeiger Nr. 122) sinngemäß weiter.

§ 8

Bis zum Erlaß der Verwaltungsvorschriften nach § 324 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gelten die seitherigen Vorschriften über die Durchführung der Prüfungen weiter.

§ 9

Bis zum Erlaß der allgemeinen Verwaltungsvorschriften nach § 333 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gelten die Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen bei den Trägern der sozialen Krankenversicherung vom 31. August 1956 (Bundesanzeiger Nr. 174) weiter.

§ 10

(1) Bis zum Erlaß der Zulassungsordnungen nach § 388 der Reichsversicherungsordnung gelten die Zulassungsordnung für Ärzte und die Zulassungsordnung für Zahnärzte vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 572 und S. 582) entsprechend weiter.

(2) Bis zum Erlaß der Schiedsamtsordnung nach § 396 Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung gilt die Verordnung über die Schiedsämter für die kassenärztliche (kassenzahnärztliche) Versorgung (Schiedsamtsordnung) vom 28. Mai 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 570) weiter.

(3) Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 403 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung gilt die Verordnung über die Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung der Mitglieder der Bundesausschüsse und Landesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen vom 10. November 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 861) entsprechend weiter.

§ 11

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 417 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung gilt die Verordnung PR Nr. 7/54 vom 31. August 1954 über Pflegesätze von Krankenanstalten (Bundesanzeiger Nr. 173) weiter.

§ 12

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 420 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung gelten die von den obersten Verwaltungsbehörden der Länder bestimmten Abschläge von den Preisen der Arzneitaxe weiter. Ebenso bleiben vertragliche Vereinbarungen unberührt.

§ 13

Bis zum Erlaß der Rechtsverordnung nach § 13 Abs. 3 des Mutterschutzgesetzes und der allgemeinen Verwaltungsvorschriften nach § 13 Abs. 4 des Mutterschutzgesetzes gilt die Verordnung zur Durchführung des § 14 des Mutterschutzgesetzes vom 22. November 1955 (Bundesgesetzbl. I S. 728) entsprechend weiter.

III. Verfahren für die Befreiung von der Versicherungspflicht

§ 14

Über den Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 73 des Gesetzes zur Regelung der Rechtsverhältnisse der unter Artikel 131 des Grundgesetzes fallenden Personen entscheidet der für das Beschäftigungsverhältnis zuständige Träger der Krankenversicherung. Die Befreiung wirkt von dem Tage an, für den der Antrag nach § 73 Abs. 1 des in Satz 1 genannten Gesetzes als gestellt gilt.

Artikel 5

Geltung im Land Berlin und Stadtstaaten-Klausel

§ 1

(1) Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Land Berlin.

(2) Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 2

Die Senate der Länder Berlin, Bremen und Hamburg werden ermächtigt, die Vorschriften dieses Gesetzes über die Zuständigkeit von Behörden dem besonderen Verwaltungsaufbau ihrer Länder anzupassen.

Artikel 6

Schlußvorschriften

§ 1

Dieses Gesetz tritt am ersten Tage des auf die Verkündung folgenden zweiten Kalendervierteljahres in Kraft. Artikel 2 § 3 Nr. 17 tritt hinsichtlich der §§ 199 bis 210 des Reichsknappschaftsgesetzes am 1. Januar des auf die Verkündung folgenden zweiten Kalenderjahres in Kraft.

§ 2

Mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes treten, soweit nichts anderes bestimmt ist, alle entgegenstehenden oder gleichlautenden Vorschriften außer Kraft; insbesondere treten außer Kraft:

1. Bekanntmachung betr. den Begriff „vorübergehende Dienstleistungen" im Sinne des § 434 der Reichsversicherungsordnung vom 23. Oktober 1913 (Reichsgesetzbl. S. 741),
2. Verordnung über die Prüfung der Krankenkassen vom 6. Mai 1931 (Reichsgesetzbl. I S. 146),
3. Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5. Juli 1934 (Reichsgesetzbl. I S. 577),
4. Dritte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Gemeinschaftsaufgaben) vom 8. Dezember 1934 (Reichsgesetzbl. I S. 1266),
5. Runderlaß des Reichsversicherungsamtes betr. Abführung der Rücklagen bei Auflösung, Schließung, Vereinigung von Krankenkassen und bei Ausscheidungen vom 24. Juni 1935 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 275),
6. Gesetz über Wochenhilfe und Genesendenfürsorge in der Krankenversicherung vom 28. Juni 1935 (Reichsgesetzbl. I S. 811),
7. Zwölfte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) vom 24. Dezember 1935 (Reichsgesetzbl. I S. 1537), geändert durch die Fünfzehnte Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung (Ersatzkassen der Krankenversicherung) vom 1. April 1937 (Reichsgesetzbl. I S. 439),
8. Runderlaß des Reichsversicherungsamtes betr. Ablieferung der Rücklage bei Ausscheidung eines Teiles der Mitglieder einer Krankenkasse und bei deren Übertritt zu einer neuen Krankenkasse vom 5. Februar 1936 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 34),
9. Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst in der Krankenversicherung vom 30. März 1936 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 107),
10. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherung der Lernschwestern (Krankenpflegeschüler); Bestimmungen dieses Personenkreises als Mitglieder nach § 363 a Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung vom 21. Oktober 1938 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 433), ergänzt durch Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherungspflicht der Lernschwestern (Krankenpflegeschüler) vom 10. Juni 1939 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 304) in der Fassung des Gesetzes über die Erhöhung der Einkommensgrenzen in der Sozialversicherung und der Arbeitslosenversicherung und zur Änderung der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 13. August 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 437),.
11. Verordnung über den Mitgliederkreis der Ersatzkassen der Krankenversicherung vom 26. Oktober 1938 (Reichsgesetzbl. I S. 1519),
12. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherung der Teilnehmer an beruflichen Bildungsmaßnahmen vom 4. September 1939 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 453) in der Fassung des Gesetzes über die Erhöhung der Einkommensgrenzen in der Sozialversicherung und der Arbeitslosenversicherung und zur Änderung der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 13. August 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 437),
13. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Ausstellung von Bescheinigungen über den voraussichtlichen Zeitpunkt der Entbindung (§ 195 a Abs. 2 Reichsversicherungsordnung) vom 11. November 1939 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 522),
14. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Ruhen des Krankengeldes bei Weiterversicherten vom 15. Dezember 1939 (Reichsarbeitsblatt Teil IV S. 554),
15. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherungspflicht der Lernschwestern (Krankenpflegeschüler); Bestimmung dieses Personenkreises als Mitglieder nach § 363 a Abs. 3 RVO vom 22. Dezember 1939 (Reichsarbeitsblatt 1940 Teil II S. 10),

16. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Säumniszuschläge nach § 397 a RVO vom 18. Juni 1940 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 196),
17. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Vertrauensärztlicher Dienst für die Ersatzkassen der Krankenversicherung für Angestellte und für Arbeiter vom 5. Juli 1940 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 246),
18. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Einbeziehung der Pflegekinder in die Familienhilfe nach § 205 Abs. 1 und 2 RVO vom 13. Juli 1940 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 249),
19. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Werbung durch reichsgesetzliche Krankenkassen und Ersatzkassen vom 13. Januar 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 40),
20. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Mehrleistungen in der Krankenversicherung vom 1. Februar 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 85),
21. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Einkommensgrenze nach § 178 RVO vom 4. Februar 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 85),
22. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Werbung durch reichsgesetzliche Krankenkassen und Ersatzkassen vom 13. Mai 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 198),
23. §§ 1 bis 6 der Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung vom 19. Mai 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 287),
24. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Werbung durch reichsgesetzliche Krankenkassen und Ersatzkassen vom 14. Juni 1941 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 250),
25. § 6 Abs. 2 der Sechsten Verordnung zur Durchführung des Hebammengesetzes vom 16. September 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 561),
26. § 16 Abs. 1 der Verordnung des Reichsarbeitsministers über die Krankenversicherung der Rentner vom 4. November 1941 (Reichsgesetzbl. I S. 689) und für die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner §§ 2 bis 4, § 11 Abs. 1, §§ 12 bis 18, § 20 Abs. 1 und 2 dieser Verordnung,
27. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Kranken- und Arbeitslosenversicherung bei Arbeitsunterbrechung ohne Entgeltzahlung vom 28. Januar 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 91),
28. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Durchführung der Krankenversicherung der im Baubetrieb Beschäftigten vom 18. Februar 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 148),
29. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherung der Hebammenschülerinnen; Bestimmung dieses Personenkreises als Mitglieder nach § 363 a Abs. 3 RVO vom 1. April 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 248),
30. Gemeinsamer Erlaß des Reichsministers der Finanzen, des Reichsministers des Innern und des Reichsarbeitsministers betr. Befreiungen von der Krankenversicherungspflicht vom 10. April 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 395),
31. Zweite Verordnung über den weiteren Ausbau der knappschaftlichen Versicherung vom 8. Juni 1942 (Reichsgesetzbl. I S. 409),
32. Verordnung über die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner vom 8. Juni 1942 (Reichsgesetzbl. I S. 409),
33. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Abführung der für mehrere Ortskrankenkassen bestimmten Beiträge zur Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung an eine Zentralstelle vom 11. Juni 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 395),
34. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Beginn der knappschaftlichen Rentnerkrankenversicherung vom 22. August 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 476),
35. Erlaß des Reichsarbeitsministers und des Reichsministers des Innern betr. Beziehungen der Fürsorgeverbände zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Unterbringung von Geisteskranken vom 5. September 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 490),
36. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Ruhen des Kranken- und Hausgeldes; Ermäßigung der Beiträge nach § 189 RVO vom 5. November 1942 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 572),
37. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Abführung der für mehrere Landkrankenkassen bestimmten Beiträge zur Kranken- und Arbeitslosen- und Rentenversicherung an eine Zentralstelle vom 18. Januar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 50),
38. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. einheitliche Durchführung der Betriebsprüfungen vom 2. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 55),
39. § 4 Abs. 2 der Verordnung über Wochenpflegerinnen vom 7. Februar 1943 (Reichsgesetzbl. I S. 87),
40. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Familienwochenhilfe vom 10. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 75),
41. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Änderung des § 216 Abs. 3 RVO vom 16. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 75),
42. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Leistungen und Beiträge der Krankenversicherung bei Lehrlingen vom 23. Februar 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 83),
43. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Änderung der Bestimmungen über die Durchführung der §§ 219, 220 der Reichsversicherungsordnung vom 18. März 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 143 und 194), geändert durch Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Änderung der Bestimmungen über die Durchführung der §§ 219, 220 der Reichsversicherungsordnung vom 1. Februar 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 37), ergänzt durch Bestimmungen des Reichsarbeitsministers über die Durchführung der §§ 219,

220 der Reichsversicherungsordnung; hier: Einschränkung der Ersatzansprüche zur Vereinfachung der Verwaltung vom 12. August 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 215),

44. Rundschreiben des Reichsarbeitsministers betr. Gewährung von Hausgeld und Zuschlägen zum Krankengeld (§§ 186, 191 RVO) vom 20. April 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 179),

45. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Ergänzung des Erlasses vom 10. Februar 1943 betr. Familienwochenhilfe vom 3. Mai 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 195),

46. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Familienwochenhilfe, hier: Höhe des Stillgeldes vom 16. Juli 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 342),

47. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Fortsetzung der freiwilligen Mitgliedschaft beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder nach der Befreiung von der Versicherunspflicht vom 27. Juli 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 374),

48. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Krankenversicherung der Wochenpflegeschülerinnen; Bestimmung dieses Personenkreises als Mitglieder nach § 363 a Abs. 3 RVO vom 19. August 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 403),

49. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Gleichstellung von Zeiten, die auf Grund eines privaten Krankenversicherungsvertrages zurückgelegt sind, mit Versicherungszeiten auf Grund der Reichsversicherungsordnung vom 21. August 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 403),

50. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Verbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 2. November 1943 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 485),

51. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Stillgeld (§§ 195 a, 195 b RVO) vom 14. Januar 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 11),

52. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Hausgehilfen; hier: Leistungen der Krankenversicherung vom 7. September 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 253),

53. Erlaß des Reichsarbeitsministers betr. Anpassung der Krankenversicherung an den totalen Kriegseinsatz; hier: Wegfall der Erstattungspflicht nach § 313 b Abs. 2 RVO vom 13. September 1944 (Reichsarbeitsblatt Teil II S. 253),

54. Artikel 1, 2, 10 bis 16 der Ersten Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts in der Sozialversicherung vom 17. März 1945 (Reichsgesetzbl. I S. 41),

55. Verordnung zur Sicherung der Leistungen in der Sozialversicherung vom 2. Juli 1948 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein S. 155),

56. Landesgesetz über die Sozialversicherung bei Arbeitsunterbrechung ohne Entgeltfortzahlung vom 7. März 1949 (Badisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 69),

57. §§ 13, 15 bis 18 des Gesetzes über die Anpassung der Leistungen der Sozialversicherung an das veränderte Lohn- und Preisgefüge und über ihre finanzielle Sicherstellung (Sozialversicherungs-Anpassungsgesetz) vom 17. Juni 1949 (Gesetzblatt der Verwaltung des Vereinigten Wirtschaftsgebietes S. 99),

58. Verordnung zur Durchführung des Sozialversicherungs-Anpassungsgesetzes vom 27. Juni 1949 (Gesetzblatt der Verwaltung des Vereinigten Wirtschaftsgebietes S. 101),

59. §§ 16 bis 23 und 25 des Gesetzes Nr. 275 „Saarknappschaftsgesetz" vom 11. Juli 1951 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1099),

60. §§ 1 bis 3, 15 bis 17 des Gesetzes über die Erhöhung der Einkommensgrenzen in der Sozialversicherung und der Arbeitslosenversicherung und zur Änderung der Zwölften Verordnung zum Aufbau der Sozialversicherung vom 13. August 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 437),

61. Gesetz über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes (Gesetz über Kassenarztrecht — GKAR) vom 17. August 1955 (Bundesgesetzbl. I S. 513), geändert durch Gesetz zur Einführung der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Sozialversicherung und Angleichung des Rechts der Krankenversicherung im Land Berlin (Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin — SKAG Berlin —) vom 26. Dezember 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1883),

62. Gesetz über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen vom 17. August 1955 (Bundesgesetzbl. I S. 524), geändert durch Gesetz zur Einführung der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Sozialversicherung und Angleichung des Rechts der Krankenversicherung im Land Berlin (Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin — SKAG Berlin —) vom 26. Dezember 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1883),

63. Drittes Gesetz über Änderungen und Ergänzungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung (Gesetz über Krankenversicherung der Rentner — KVdR) vom 12. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 500), geändert durch Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 23. Dezember 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 1018) und durch Gesetz zur Einführung der Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Sozialversicherung und Angleichung des Rechts der Krankenversicherung im Land Berlin (Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin — SKAG Berlin —) vom 26. Dezember 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1883),

64. Viertes Gesetz über Änderungen und Ergänzungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung (Zweites Einkom-

mensgrenzengesetz) vom 27. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 1070),

65. Gesetz Nr. 633 über die Angleichung des Kassenarztrechts im Saarland an das im übrigen Bundesgebiet geltende Recht vom 18. Juni 1958 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1237),

66. Gesetz Nr. 634 über die Angleichung des Rechts über Verbände der gesetzlichen Krankenkassen im Saarland an das im übrigen Bundesgebiet geltende Recht vom 18. Juni 1958 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1241),

67. Das Gesetz Nr. 665 über die Gewährung eines Zuschusses zur knappschaftlichen Krankenversicherung aus Mitteln des Saarlandes vom 14. April 1959 (Amtsblatt des Saarlandes S. 1073).

§ 3

Die Preisvorschriften sind auf die Beiträge, die die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erheben, die Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die von den Trägern der Sozialversicherung zu entrichten sind, und, vorbehaltlich der Sonderregelung in Artikel 4 § 11, auf die Pflegesätze der Krankenanstalten, die von den Trägern der Sozialversicherung zu entrichten sind, nicht mehr anzuwenden.

§ 4

Soweit in anderen Vorschriften auf Bestimmungen verwiesen wird oder Bezeichnungen verwendet werden, die durch dieses Gesetz geändert werden, treten an ihre Stelle die entsprechenden Bestimmungen und Bezeichnungen dieses Gesetzes.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Die deutsche gesetzliche Krankenversicherung hat sich in wechselvollen Zeiten bewährt. Der Gesetzentwurf braucht daher das bestehende Recht nicht von Grund auf zu ändern. Ziel des Entwurfs ist es vielmehr, die gesetzliche Krankenversicherung unter Beibehaltung dessen, was sich bewährt hat, dem Stand der medizinischen Wissenschaft, den Veränderungen in unserer Gesellschaftsstruktur, den Bedürfnissen des heutigen Menschen und der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen. Dem Entwurf liegen folgende Leitgedanken zugrunde:

1. Das Leistungsrecht soll so ausgebaut werden, daß ein optimaler Schutz für den Versicherten erreicht wird. Zum Teil wurde dieser Ausbau des Leistungsrechts schon durch das Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle vom 26. Juni 1957 und die Novelle zu diesem Gesetz vom 12. Juli 1961 vorweggenommen. Die Beseitigung der Aussteuerung bei Krankengeld und Krankenhauspflege, die Erhöhung des Krankengeldes nach Ablauf der sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit und die Herstellung des lückenlosen Anschlusses der Geldleistungen der Krankenversicherung an die der Rentenversicherung waren im Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz vorgesehen, das in der 3. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eingebracht wurde, jedoch nicht mehr verabschiedet werden konnte. Die entsprechenden Bestimmungen wurden aus diesem Gesetz in die erwähnte Novelle zum Gesetz über die Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle übernommen. In engem Zusammenhang mit der optimalen Ausgestaltung des Leistungsrechts steht eine sowohl wirtschaftlich wie gesellschaftspolitisch bedeutsame Verbesserung des Rechts der Arbeiter, die allerdings nicht im vorliegenden Gesetzentwurf, sondern in einem parallel eingebrachten Entwurf geregelt wird. Er gewährt auch den Arbeitern den Anspruch auf Fortzahlung des vollen Arbeitsentgelts im Krankheitsfall bis zu sechs Wochen der Krankheit. Der Ausbau der Vorsorgehilfe, die Anhebung der Leistungen der Familienhilfe und Verbesserungen auf dem Gebiet der Mutterschaftshilfe dienen der notwendigen Vervollkommnung des Leistungsrechts.

2. Das Prinzip der Subsidiarität soll beibehalten und betont werden. In unserer freiheitlichen Gesellschaftsordnung und angesichts der erfreulichen Entwicklung der Arbeitnehmerlöhne soll gesetzlicher Zwang nur behutsam ausgeübt werden. Er soll auf einen Personenkreis beschränkt werden, der gegen das Risiko Krankheit sicherungsbedürftig erscheint und dem nicht zugemutet werden kann, selbst Vorsorge zu treffen.

   Zum Prinzip der Subsidiarität gehört es aber auch, einen kleinen zumutbaren Teil des Risikos dem Versicherten zu belassen. Zur Verwirklichung dieses Grundsatzes sieht der Entwurf Eigenleistungen des Versicherten neben dem kollektiven Beitrag bei der Inanspruchnahme der Kasse vor.

3. Die Beziehungen des Versicherten zum Arzt sollen nach den Grundsätzen der Kostenklarheit für den Patienten und des Rechtsanspruchs des Arztes auf sein erarbeitetes Honorar neu gestaltet werden. Der Entwurf wendet sich damit von dem bisherigen System kollektiver Beziehungen ab und überträgt das Krankheitsrisiko, das bisher bei der Ärzteschaft lag, auf die Versichertengemeinschaft.

Der Entwurf gliedert sich in elf Abschnitte. Das entspricht etwa der bisherigen Systematik. Der Erste Abschnitt enthält die Vorschriften über den Umfang der Versicherungspflicht. Wegen der arbeitsrechtlichen Gleichstellung der Arbeiter und Angestellten im Krankheitsfalle wird eine einheitliche Versicherungspflichtgrenze eingeführt, die auf 750 DM monatlich festgesetzt ist. Die Erhöhung von bisher 660 DM auf 750 DM berücksichtigt schon künftige Veränderungen im Lohn- und Preisgefüge, soweit sie vorhersehbar scheinen. Die bisher versicherungspflichtigen Selbständigen werden aus der Versicherungspflicht entlassen. Sie haben jedoch, wie auch andere Personengruppen, die Möglichkeit, den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beizutreten. Durch die Zusammenfassung der Vorschriften über die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung wird die Einheitlichkeit des Versicherungsschutzes über alle möglichen Stufen des Arbeitslebens hinweg auch sichtbar zum Ausdruck gebracht. Die Versicherung schützt nicht nur den im Arbeitsleben stehenden Beschäftigten, sondern auch Arbeitsunfähige, vorübergehend Arbeitslose und aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Rentenbezieher.

Der Zweite Abschnitt behandelt das Leistungsrecht. Der Entwurf hält am sogenannten Naturalleistungsprinzip fest, d. h. an der Verpflichtung der Krankenkassen, die ärztliche Behandlung der Versicherten, ihre Versorgung mit Arzneien und Krankenhauspflege sicherzustellen. Entsprechend den im Kassenarztrecht von 1955 niedergelegten Grundsätzen wird die Durchführung dieser Aufgabe auf dem Gebiete der ärztlichen Versorgung den Kassen und den ärztlichen Verbänden übertragen, an der Ausgestaltung des Anspruchs gegen die Kassen aber nichts geändert.

Das Leistungsrecht wird an die Erfordernisse einer modernen Gesundheitspflege angepaßt, indem alle Leistungen verbessert werden, welche dazu dienen können, Krankheiten früher zu erkennen oder abzuwenden. Im Entwurf sind diese Leistungen unter der Bezeichnung „Vorsorgehilfe" zusammengefaßt. Das Wort „Hilfe" soll dabei die Grenzen staatlicher Betätigung anzeigen und hervorheben, daß die Eigenvorsorge des Menschen durch staatliche Maßnahmen nicht ersetzt, sondern nur gefördert werden kann. Die Gemeinschaft der Versicherten kann dem Einzelnen nur wirtschaftliche Hilfe bei der Vorsorge gewähren. Als Leistungen der Versicherung sind hierbei ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen, Vorsorgekuren, Maßnahmen im Einzelfall sowie allgemeine Maßnahmen vorgesehen. Bei diesen Leistungen geht der Entwurf von dem Gedanken aus, daß im Grunde nur der Einzelne selbst für seine Gesundheit vorsorgen kann und eine gesunde und vernünftige Lebensführung seiner Gesunderhaltung am besten zu dienen vermag. Ein solches Verhalten kann nach unserer Gesellschaftsordnung durch hoheitliche Maßnahmen nicht erzwungen werden. Die Krankenkassen können jedoch durch Aufklärung und in einzelnen Fällen durch Maßnahmen der bezeichneten Art Hilfe leisten.

Die Leistungen der Familienhilfe sind bedeutend verbessert. Die Mutterschaftshilfe — bisher Wochenhilfe — wird verwaltungstechnisch vereinfacht und in ihren Leistungen zum Teil ebenfalls verbessert. Der Mindestbetrag des Sterbegeldes wird erhöht.

Die Fortschritte der Medizin, der pharmazeutischen und technischen Wissenschaft haben bewirkt, daß die Kosten für die Heilung von Krankheiten erheblich gestiegen sind und weiterhin steigen werden. Der Entwurf mußte sich daher mit der Frage auseinandersetzen, ob diese Kostensteigerung lediglich durch eine Erhöhung der allgemeinen Beiträge aufgefangen oder ob entsprechend den eingangs dargelegten Grundsätzen eine Eigenleistung des Versicherten zum kollektiven Schutz der Versichertengemeinschaft treten soll. Dabei war zu berücksichtigen, daß das Ansteigen der Kosten nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen ist, daß sich die Einstellung des Menschen zur Krankheit gewandelt hat. Die Krankenversicherung wird heute vielfach nicht mehr als eine Risikoversicherung empfunden, als die Sicherung gegen eine Gefahr, die eintreten kann, aber nicht eintreten muß, sondern auch als eine Einrichtung, die regelmäßig entstehende Aufwendungen für das Aufsuchen des Arztes und den Verbrauch von Arzneien tragen soll. Es schien daher richtig, in sozial vertretbaren Grenzen die Gemeinschaftshilfe sinnvoll mit der Eigenhilfe zu verbinden. Der Entwurf knüpft hierbei an die Regelung der Lohnfortzahlung an, durch die für den Arbeitnehmer zu Lasten des Arbeitgebers eine Beitragsersparnis von etwa 2 v. H. eintritt. Diese Ersparnis in Höhe von 2 v. H. des der Beitragsberechnung zugrunde liegenden Entgelts soll der Versicherte künftig als besonderen Beitrag entrichten. Insgesamt wird sein Beitragsanteil grundsätzlich also nicht höher als bisher. Soweit die arbeitsrechtliche Entgeltfortzahlung Arbeitnehmer nicht entlasten sollte, kann sie dem Versicherten angesichts der wirtschaftlichen Entwicklung zugemutet oder in Zukunft durch eine entsprechende Regelung der Lohn- und Gehaltstarife ausgeglichen werden. Von diesem besonderen Beitrag wird ein Anteil des Versicherten von 25 v. H. der Arztkosten einbehalten. Den Rest erhält der Versicherte von der Krankenkasse erstattet. Diese Regelung, die verwaltungsmäßig ohne besondere Schwierigkeiten durchgeführt werden kann, trägt den allgemeinen Prinzipien Rechnung, die eine Eigenleistung des Versicherten erforderlich erscheinen lassen. Gegen sie sprechen weder gesundheitspolitische Bedenken noch belastet sie das Verhältnis Arzt—Patient. Dagegen verbinden sich mit ihr die psychologischen Wirkungen einer Beitragsrückerstattung, die sie ihrem Wesen nach ist. Soziale Erfordernisse sind dadurch berücksichtigt, daß sich die höchste mögliche Belastung des Versicherten jeweils nach der Höhe seines Arbeitseinkommens richtet.

Die Beteiligung an den Kosten der Arznei ist aus den zur Frage der ärztlichen Behandlung dargelegten Gründen, aber auch mit dem Ziele vorgesehen, im Interesse der Volksgesundheit auf einen besonnenen Verbrauch von Arzneimitteln hinzuwirken. Von der Eigenleistung des Versicherten soll jedoch in bestimmten Härtefällen, insbesondere bei langdauernden Krankheiten, abgesehen werden.

Die Beteiligung an den Kosten der Krankenhauspflege, die auf solche Versicherte beschränkt ist, die während der Krankenhauspflege ihr volles Einkommen weiter beziehen, entspringt der Überlegung, daß die Versichertengemeinschaft nicht mit Kosten belastet werden soll, die nicht durch die Krankheit verursacht sind. Das sind hauptsächlich die Kosten für Ernährung, die auch der Gesunde zu tragen hat. Familienangehörige, also Kinder und Ehegatten, sind von dieser Beteiligung ausgenommen.

Der Dritte Abschnitt behandelt die Organisation der Versicherungsträger. Der Entwurf bejaht den Grundsatz der gegliederten Krankenversicherung und ändert das geltende Recht nur in unwichtigen meist technischen Punkten. Ähnliches gilt für den Vierten Abschnitt, der sich mit der Verfassung der Versicherungsträger befaßt und für den Fünften und Sechsten Abschnitt, die Vorschriften über die Aufbringung und Verwaltung der Mittel und Besonderheiten für einzelne Personengruppen enthalten. Der Siebente Abschnitt behandelt die Kassenverbände. Das im Jahre 1955 geschaffene Verbänderecht wird darin im wesentlichen beibehalten.

Bedeutsam sind dagegen die Neuerungen auf dem Gebiet des Kassenarztrechts im Achten Abschnitt. Die Beziehungen zwischen Arzt und Patient sind Grundpfeiler einer sozialen Krankenversicherung, welche die ärztliche Behandlung als Sachleistung gewährt. Das Verhältnis Arzt—Patient muß für beide Teile befriedigend geregelt sein, wenn die soziale Krankenversicherung ihre wichtigste Aufgabe erfüllen soll, daß sich nämlich der Kranke an den Arzt seines Vertrauens wendet und von ihm geheilt wird.

Zu entscheiden war zunächst die Frage, ob die heutige Honorierungsregelung beibehalten werden soll. Danach können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen eine Gesamtvergütung frei vereinbaren, die nach einem Kopfpauschale, einem Fallpauschale oder nach Einzelleistungen berechnet wird. Während die Ersatzkassen nach Einzelleistungen honorieren, überwiegt bei den anderen Kassen die Berechnung der Gesamtvergütung nach einem Kopfpauschale. Wird nach einem Pauschale vergütet, dann tragen die Ärzte das Risiko der Krankheitshäufigkeit. Das Pauschalsystem läßt bei dem Arzt den Eindruck entstehen, kein angemessenes Honorar zu erhalten und den Versicherten nicht erkennen, welche Kosten seine Behandlung der Versichertengemeinschaft verursacht.

Der Entwurf schlägt eine einheitliche Gebührenordnung für alle Krankenkassen vor, die vertraglich von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Krankenkassen vereinbart wird. Die Gebührenordnung hat Zuschläge vorzusehen, wenn das der Beitragsbemessung zugrunde liegende Entgelt bei einzelnen Kassen den Durchschnitt dieser Entgelte aller Kassen im Bundesgebiet übersteigt. Damit der Patient weiß, welche Kosten er verursacht hat, ist ihm die Honorarforderung des Arztes zu übermitteln.

Neu geregelt wird die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit. Entsprechend den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 und vom 8. Februar 1961 hat jeder freipraktizierende Arzt, der bestimmte Voraussetzungen erfüllt, einen Rechtsanspruch auf Zulassung.

Bei der Neuregelung des vertrauensärztlichen Dienstes war zu entscheiden, ob den Vorschlägen gefolgt werden soll, die die Behandlung der Krankheit von der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit trennen und für letztere einen besonderen ärztlichen Kontrolldienst einführen wollen. Der Entwurf hat sich diese Gedanken nicht zu eigen gemacht, da sie einen kostspieligen Ausbau des vertrauensärztlichen Dienstes erfordern und vor allem dem behandelnden Arzt ein wichtiges Mittel der Therapie, die Verordnung von Arbeitsruhe, entziehen würden. Nach wie vor entscheidet der behandelnde Arzt über die Arbeitsfähigkeit. Der Arbeitnehmer ist auf Grund arbeitsrechtlicher Vorschriften verpflichtet, den behandelnden Arzt zu einer Übersendung eines Befundberichts an den vertrauensärztlichen Dienst zu veranlassen. Damit wird der vertrauensärztliche Dienst in die Lage versetzt, auf Grund ärztlicher Daten die Arbeitsfähigkeit zu begutachten. Neben dieser Aufgabe hat der vertrauensärztliche Dienst die Kassen bei der Gewährung ihrer Leistungen, insbesondere bei der Feststellung medizinischer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen für Leistungen zu unterstützen. Von besonderer Bedeutung wird auch die Aufgabe sein, die der vertrauensärztliche Dienst bei Durchführung von Maßnahmen der allgemeinen Krankheitsverhütung und bei der Gewährung von Kuren zu erfüllen hat. Der vertrauensärztliche Dienst bleibt bei den Landesversicherungsanstalten organisatorisch angegliedert. Die dafür einzurichtende Sonderabteilung wird von einem eigenen Ausschuß verwaltet, dessen Zusammensetzung im Gesetz näher geregelt ist.

Die Frage der Beziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern, im Neunten Abschnitt behandelt, bedurfte einer ausführlicheren Regelung als bisher, weil die Krankenhauspflege künftig Pflichtleistung der Kassen sein soll. Den Krankenhäusern ist es freigestellt, ob sie für die Krankenkassen tätig sein wollen. Die Krankenkassen sind dagegen gehalten, das Angebot eines Krankenhauses, Versicherte aufnehmen zu wollen, anzunehmen. Die Pflegesätze werden durch Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart. Für die abzugeltenden Kosten gelten Grundsätze, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates aufstellt.

Der Zehnte Abschnitt regelt die Aufsicht, der Elfte Abschnitt enthält Vorschriften über Strafen und Zwangsgeld. Der Entwurf sieht hier keine wesentlichen Neuerungen vor.

B. Besonderer Teil

ZU ARTIKEL 1

Zu § 165

Nach dem Vorbild der Gesetze zur Neuordnung der Rentenversicherung der Arbeiter, der Rentenversicherung der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung wird dem Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung eine Vorschrift vorangestellt, in der die Aufgaben der Versicherung umschrieben sind.

Zu § 166

Absatz 1

Nr. 1

Entsprechend der arbeitsrechtlichen Gleichstellung im Krankheitsfalle sollen Arbeiter und Angestellte künftig unter gleichen Voraussetzungen in der Krankenversicherung gleich behandelt werden. Dies war bisher, was die Versicherungspflicht betrifft, nicht der Fall. Wie bisher, ist für die Versicherungspflicht der Arbeitnehmer Voraussetzung, daß sie gegen Entgelt beschäftigt sind. Lehrlinge oder sonst zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte sollen dagegen auch dann versicherungspflichtig sein, wenn die Beschäftigung unentgeltlich ausgeübt wird. Der Versicherungspflicht unterliegen daher z. B. auch Lernschwestern, wenn sie zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt, d. h. nicht ausschließlich oder überwiegend theoretisch ausgebildet werden, wie dies im 3. Jahr der Ausbildung regelmäßig der Fall ist. Damit ist die Versicherungspflicht der Arbeitnehmer einschließlich der in Berufsausbildung Beschäftigten in Übereinstimmung mit den Gesetzen zur Neuordnung der Rentenversicherungen geregelt.

Nr. 2

In den Versicherungsschutz sind auch die in Heimarbeit Beschäftigten einbezogen. Damit ist eine Gruppe zwangsversichert, die nicht zu den Arbeitnehmern gehört, weil sie ihre Beschäftigung in selbst gewählter Arbeitsstätte und ohne an eine festgesetzte Arbeitszeit gebunden zu sein, ausübt. Der in Heimarbeit Beschäftigte ist jedoch im Verhältnis zum Auftraggeber in keiner wesentlich anderen Lage als der Arbeitnehmer zum Arbeitgeber. Das gilt besonders für die wirtschaftlichen Beziehungen. Es erscheint daher notwendig, auch versicherungsrechtlich die Heimarbeiter den Arbeitnehmern gleichzustellen. Für die in § 2 Abs. 2 des Heimarbeitsgesetzes genannten Gruppen von „Selbständigen" ist die Gleichstellung mit den Arbeitnehmern gerechtfertigt, wenn sie in ihrer sozialen und wirtschaftlichen Lage den Heimarbeitern vergleichbar sind. Das wird vom Entwurf dann angenommen, wenn sie in der Entgeltregelung nach dem Heimarbeitsgesetz den Heimarbeitern gleichgestellt sind.

Nr. 3

Arbeitslose sind bisher auf Grund der Vorschriften des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung für den Fall der Krankheit zwangsversichert. Aus Gründen der Systematik erscheint es geboten, den Grundsatz der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Durchführung der Versicherung in der Reichsversicherungsordnung zu regeln. Diese Vorschriften werden durch Bestimmungen des AVAVG ergänzt, soweit dies wegen der Besonderheiten, die für die Arbeitslosen gelten müssen, notwendig ist.

Nr. 4 und 5

Rentenbewerber und Rentenbezieher von Versichertenrenten aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten sollen nur dann versicherungspflichtig sein, wenn sie in den letzten fünf Jahren vor der Antragstellung mindestens 52 Wochen gegen Krankheit pflichtversichert waren. Die Krankenversicherungspflicht des Rentners wird damit als Ausfluß der während des Arbeitslebens bestehenden Versicherungspflicht gekennzeichnet. Wer diese Voraussetzung nicht erfüllt, soll seinen Krankenversicherungsschutz in der Form aufrecht erhalten, in der er vor Antragstellung auf Rente bestanden hat. In diesem Falle erhält er als Leistung der Rentenversicherung einen Zuschuß zu einer Krankenversicherung (§ 1304 a RVO).

Voraussetzung für die Versicherungspflicht der Hinterbliebenenrentenbewerber und -bezieher ist, daß der Verstorbene, von dem sie ihre Rentenberechtigung ableiten, in den letzten fünf Jahren vor dem Tode mindestens 52 Wochen pflichtversichert war. In Erweiterung des bisherigen Rechts sind nunmehr auch Hinterbliebenenrentenbewerber und -rentenbezieher versicherungspflichtig, deren Ehegatte (Vater) als Arbeiter oder Angestellter in den letzten fünf Jahren vor seinem Tode zwar 52 Wochen pflichtversichert war, aber zuletzt als Selbständiger der Krankenversicherung freiwillig angehört hat und vor seinem Tode eine Versichertenrente weder beantragt noch bezogen hat.

Absatz 2

Hier wird klargestellt, daß Versicherungspflicht auf Grund des Rentenantrages oder des Rentenbezuges nur dann eintritt, wenn nicht eine Versicherung nach Absatz 1 Nr. 1 bis 4, nach dem Reichsknappschaftsgesetz oder eine freiwillige Versicherung besteht. Die Rentnerkrankenversicherung soll auch für die Zeit entfallen, für die nach anderen Vorschriften die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung erhalten bleibt (§§ 285 bis 287).

Sind die Voraussetzungen der Versicherungspflicht sowohl auf Grund einer Versichertenrente wie auch auf Grund einer Hinterbliebenenrente erfüllt, so hat die Versicherungspflicht aus eigenem Rentenbezug den Vorrang. Beim Zusammentreffen einer Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten mit einer Hinterbliebenenrente aus der knappschaftlichen Versicherung soll die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner als Versicherung nach anderen gesetzlichen Vorschriften den Vorrang haben.

Zu § 167

Während § 166 die Versicherungspflicht umschreibt, ist in den §§ 167 ff. aufgezählt, wer von der Versicherungspflicht ausgenommen ist.

Nr. 1

Versicherungsfrei sind diejenigen Arbeitnehmer (Arbeiter und Angestellte), deren regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 9000 DM übersteigt. Die Vorschrift gilt für Arbeiter und Angestellte. Die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze auf 9000 DM jährlich oder 750 DM monatlich trägt der seit der letzten Erhöhung dieser Grenze im Jahre 1957 (2. Einkommensgrenzengesetz) erkennbaren Entwicklung im Lohn- und Preisgefüge in etwa Rechnung.

Nr. 2

Hier ist in erster Linie an solche Angestellte des Bundes, der Länder, der Gebiets- und anderer Körperschaften und Anstalten gedacht, die in einem beamtenähnlichen Verhältnis stehen, aber nicht Beamte sind. Das trifft auch auf Angestellte von Trägern der Sozialversicherung und ihre öffentlich-rechtlichen Verbände sowie auf Kirchenbeamte zu. Auch Angestellte privatwirtschaftlicher Unternehmen der genannten Körperschaften, z. B. Gas- und Elektrizitätswerke der Gemeinden, Krankenhäuser, Sparkassen fallen unter diese Vorschrift, wenn sie im Krankheitsfalle nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowohl Fortzahlung der Bezüge als auch Beihilfen beanspruchen können.

Nr. 3

Wenn die wirtschaftliche und rechtliche Stellung der an privaten genehmigten Ersatzschulen beschäftigten Lehrer der Stellung der Lehrer in vergleichbaren öffentlichen Schulen auf Grund gesetzlicher Vorschriften im Krankheitsfalle entspricht, sind die Lehrer von Privatschulen von der Versicherungspflicht ausgenommen.

Nr. 4

Daß die Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen keine Versicherungspflicht begründet, entspricht geltendem Recht. Der Entwurf erweitert die Versicherungsfreiheit auch auf Personen, die bei Verwandten ersten Grades beschäftigt sind. Damit entfällt die mitunter schwierige Prüfung, ob es sich in diesen Fällen um „echte" Arbeitsverhältnisse handelt. Die Erhaltung und Fortführung des väterlichen Betriebes bis zur Übernahme durch den Sohn oder durch die Tochter, die Unterstützung der Arbeit des Kindes im eigenen Betrieb durch Vater oder Mutter entspringt häufig weniger dem Erwerbsstreben, als vielmehr familiären Bindungen. Das Gesetz unterstellt, daß die familienhaften Bindungen unbedingten Vorrang genießen sollen und stellt daher ein Beschäftigungsverhältnis zwischen Eltern und Kindern oder Kindern und Eltern vom Versicherungszwang frei (vgl. hierzu auch die Regelung des § 65 AVAVG). Soweit für den Betroffenen ein Versicherungsschutz erforderlich erscheint, ist durch § 172 Abs. 1 Nr. 1 dafür gesorgt (Versicherungsberechtigung). Für die in Heimarbeit Beschäftigten sollen diese Befreiungsvorschriften deswegen nicht gelten, weil es jederzeit im Belieben des versicherungsfreien Ehegatten stehen würde, selbst Heimarbeit anzunehmen und auf diese Weise versicherungspflichtig zu werden.

Nr. 5

Wie im geltenden Recht sollen in den Kreis der Schutzbedürftigen nicht die Personen einbezogen werden, die nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt sind, im weiteren Verlauf ihres Arbeitslebens aber dem Kreis der versicherungspflichtigen Personen voraussichtlich nicht angehören werden. Hierzu gehören insbesondere ordentlich Studierende an Hochschulen oder ähnlichen der wissenschaftlichen Ausbildung dienenden Schulen, wenn sie z. B. als Werkstudenten während der Semesterferien eine Beschäftigung gegen Entgelt aufnehmen. Weitergehend sieht jedoch der Entwurf auch vor, daß Beschäftigungen versicherungsfrei sind, die von Personen nach Abschluß ihres Studiums zur Ausbildung für den zukünftigen Beruf gegen Entgelt ausgeführt werden. Hier ist z. B. an Medizinalassisten und an Ärzte und Zahnärzte gedacht, die als Assistenten zur Ausbildung als Fachärzte tätig sind. Es muß sich jedoch um Berufsausbildung, nicht nur um Weiterbildung handeln. Ausgenommen von der Versicherungsfreiheit sind Fachschüler. Sie bleiben versicherungspflichtig, weil sie überwiegend auch nach Beendigung ihrer Ausbildung, zumindest für nicht unerhebliche Zeit, versicherungspflichtig sein werden.

Nr. 6

Von der Gewährung des Altersruhegeldes an wird meist eine versicherungspflichtige Beschäftigung nicht mehr ausgeübt. Soweit die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind, ist mit dem Rentenbezug die Versicherungspflicht verbunden. Sind die Voraussetzungen der Versicherungspflicht nicht erfüllt, dann ist der Rentner meist freiwillig in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung versichert. Altersrentner bedürfen daher nicht des Versicherungsschutzes wegen einer Beschäftigung. Die Versicherungsfreiheit soll erst mit der Zustellung des die Rente gewährenden Bescheides eintreten, weil erst in diesem Zeitpunkt der Tatbestand des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben als erfüllt anzusehen ist.

Nr. 7

Auch Personen, die im Ruhestand Bezüge haben, die denen der Beamten vergleichbar sind, sollen versicherungsfrei sein.

Nr. 8

Dem Wunsche der beteiligten Organisationen entsprechend soll an der Versicherungsfreiheit des genannten Personenkreises festgehalten werden. Schwestern vom Deutschen Roten Kreuz sollen abweichend vom bisherigen Recht nur dann versicherungsfrei sein, wenn sie ordentliche Mitglieder der Schwesternschaft sind. Diese Einschränkung der Versicherungsfreiheit wird für erforderlich gehalten, weil sich Schwesternschaften, bei denen Hilfs- und Probeschwestern nicht ordentliche Mitglieder sind, verhältnismäßig leicht — auch bei Krankheit oder unehelicher Mutterschaft — von diesen Schwestern trennen können. Damit ist der erforderliche Schutz im Krankheitsfalle nicht gewährleistet. Im übrigen besteht ein Bedürfnis, die genannten Personenkreise in die Versicherungspflicht einzubeziehen nicht, wenn sie gegen ihre Gemeinschaft im Krankheitsfalle Anspruch auf Versorgung haben, die der Art nach dem Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht (§ 176). Sie sollen jedoch, wenn sie im Einzelfall den Versicherungsschutz für erforderlich halten, das Recht haben, der Versicherung freiwillig beizutreten (§ 172).

Absatz 2

Die Begriffsbestimmung des regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes berücksichtigt die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze. Im übrigen ist darauf Bedacht genommen, zum regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst nur die Entgelte zu zählen, die regelmäßig gewährt werden, damit Schwankungen des Arbeitslohns, die auf andere Lohnbestandteile zurückzuführen sind, für die Versicherungspflicht ohne Bedeutung sind. Deshalb sollen Zuschläge aller Art außer Betracht bleiben. Hierzu gehören z. B. Hitze-, Wasser-, Gefahren-, Schmutz-, Erschwernis-, Mehrarbeits-, Nacht- und Feiertagszuschläge sowie Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden. Mehrarbeitsvergütungen sollen auch dann nicht auf die Jahresarbeitsverdienstgrenze angerechnet werden, wenn die Überstunden regelmäßig und über einen längeren Zeitraum oder gegen eine Pauschalvergütung geleistet werden. Auch alle einmaligen Zuwendungen, wozu insbesondere Weihnachtsgratifikationen, Gewinnbeteiligungen und Abfindungen aller Art gehören, sollen unberücksichtigt bleiben.

Entgelte, die aus Nebenbeschäftigungen erzielt werden, dürfen nur dann auf die Jahresarbeitsverdienst-

grenze angerechnet werden, wenn sie beitragspflichtig sind (vgl. § 304 Abs. 4).

Absatz 3

entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 168

Die in § 168 genannten Personen gehören nicht zu den Arbeitnehmern im Sinne des § 166 Abs. 1 Nr. 1 und 2. Sie sind daher nicht versicherungspflichtig. Die Vorschrift stellt klar, daß dieser Personenkreis auch dann versicherungsfrei bleibt, wenn er eine Nebenbeschäftigung ausübt, die an sich Versicherungspflicht begründen würde.

Zu § 169

Mit der Vorschrift wird der Umfang der Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung, soweit es geboten erschien, dem der Rentenversicherung angeglichen. Die für ein geringfügiges Entgelt maßgebenden Grenzen entsprechen denen der Rentenversicherung. Damit ist sichergestellt, daß Veränderungen dieser Grenze in der Rentenversicherung auch in der Krankenversicherung wirksam werden, ohne daß es einer Gesetzesänderung bedarf.

Zu § 170

Absatz 1

Nr. 1, 2, 3 und 5

entsprechen § 168 Abs. 5 Nr. 1 bis 4 des geltenden Rechts.

Nr. 4

ist neu, hat aber sein Vorbild in § 1231 Abs. 2 des Gesetzes zur Neuordnung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter. Auf einen Befreiungsantrag als Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit kann in der Krankenversicherung verzichtet werden.

Zu § 171

Absatz 1

Wie im geltenden Recht, wird auch künftig denjenigen Versicherten, deren Versicherungspflicht endet, die Möglichkeit gegeben, ihre Versicherung freiwillig fortzusetzen. Als Voraussetzung für die Weiterversicherung muß in den letzten fünf Jahren eine Versicherung (Pflicht- oder freiwillige Versicherung) von 52 Wochen bestanden haben. Die Formulierung „ihre Versicherung fortsetzen" schließt ein, daß die Versicherung bei der Kasse fortgesetzt wird, bei der die unmittelbar vorausgegangene Pflichtversicherung bestanden hat. Bei Wohnortwechsel oder bei Wechsel des Beschäftigungsortes gilt § 280 Abs. 2.

Absatz 2

Die Frist von drei Wochen für die Erklärung der Weiterversicherung wird auf einen Monat erweitert. Sie entspricht der Regelung des § 231 Abs. 2. „Nach Beendigung der Mitgliedschaft" bedeutet, daß in allen Fällen, in denen die Versicherungspflicht zwar endet, die Mitgliedschaft aber kraft ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift erhalten bleibt (z. B. bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer des Krankengeldanspruchs), die Erklärungsfrist erst nach dem Ende der Mitgliedschaft beginnt.

Zu § 172

Absatz 1

Wie im geltenden Recht sollen auch künftig bestimmte Personenkreise das Recht haben, den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung durch freiwilligen Beitritt zu erwerben. Dabei handelt es sich um Personen (Nummer 1), die

a) als Verwandte ersten Grades oder als Ehegatten untereinander in einem Arbeitsverhältnis stehen (§ 167 Abs. 1 Nr. 4);

b) als Mitglieder geistlicher Orden und Genossenschaften, Diakonissen, Schwestern vom Deutschen Roten Kreuz, Schulschwestern und ähnliche Personen sich mit Krankenpflege oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen (§ 167 Abs. 1 Nr. 8);

c) Geistliche der Kirchen und der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften sind (§ 168 Nr. 3).

Personen, die in Ausbildung für einen Heilhilfsberuf oder den Beruf der Hebamme (Nummer 2) stehen, aber nicht oder zumindest nicht überwiegend „beschäftigt" sind, weil der theoretische Unterricht überwiegt, sind nicht versicherungspflichtig, da die Voraussetzungen nach § 166 Abs. 1 Nr. 1 nicht gegeben sind. Dieser Personenkreis war bisher nach Anordnungen des früheren Reichsarbeitsministers zu § 363 a Abs. 3 RVO ohne Anspruch auf Barleistungen gegen Krankheit versichert. Da eine dem § 363 a Abs. 3 RVO entsprechende Ermächtigung aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht zulässig erscheint, soll den unterschiedlichen Bedürfnissen des genannten Personenkreises Rechnung tragend das Recht des freiwilligen Beitritts zur Krankenversicherung gegeben sein. Soweit Schwesternschülerinnen als Vorschülerinnen oder Lernschwestern zu ihrer Berufsausbildung „beschäftigt" sind, unterliegen sie der Versicherungspflicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 1. Staatliche Regelungen für die Ausbildung von Personen für einen Heilhilfsberuf sind insbesondere: Gesetz über die Ausübung des Berufs der Krankenschwester, des Krankenpflegers und der Kinderkrankenschwester vom 15. Juli 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 716), Gesetz über die Ausübung des Berufs der medizinisch-technischen Assistentin vom 21. Dezember 1958 (Bundesgesetzbl. I S. 891), Verordnung über Wochenpflegerinnen vom 7. Februar 1943 (Reichsgesetzbl. I S. 87), Gesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und

medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten vom 21. Dezember 1958 (Bundesgesetzbl. I S. 985).

Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden, in der die praktische Ausbildung durch den Besuch einer Fachschule unterbrochen wird (Nummer 3), können sich häufig nicht freiwillig weiterversichern, weil sie die in § 171 geforderte Vorversicherungszeit nicht erfüllen. Dennoch besteht ein Bedürfnis, den Versicherungsschutz für diese Personen zu erhalten, zumal sie auch in ihrem Berufsleben zumindest für nicht unerhebliche Zeit pflichtversichert sein werden. Sie sollen daher zum freiwilligen Beitritt berechtigt sein.

Versicherungsberechtigt sollen auch die ehemaligen Soldaten auf Zeit sein (Nummer 4), wenn sie nach Beendigung des Dienstverhältnisses auf Kosten des Bundes an einer Ausbildung oder Weiterbildung für den zukünftigen Beruf teilnehmen. Diese Personen, die häufig schon Familie haben, waren bis zu ihrem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis für den Fall der Krankheit durch die Bundeswehr versorgt. Während der Zeit der Ausbildung oder Weiterbildung für den späteren Beruf unterliegen sie in der Regel nicht der Versicherungspflicht. Es erscheint daher geboten, ihnen die Berechtigung zum freiwilligen Beitritt zu gewähren.

Empfänger von Waisenrenten, die nicht der Versicherungspflicht nach § 166 Abs. 1 Nr. 5 unterliegen, sollen berechtigt sein, für ihren Versicherungsschutz im Wege des freiwilligen Beitritts selbst zu sorgen (Nummer 5).

Schließlich sollen auch Selbständige, die einen Beruf ausüben und nicht mehr als zwei versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen, der Versicherung freiwillig beitreten können (Nummer 6). Diese Möglichkeit war bisher nur Gewerbetreibenden und anderen Betriebsunternehmern gegeben. Das Bedürfnis, Versicherungsschutz innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren, besteht jedoch auch für andere Angehörige freier Berufe.

Allen in § 172 genannten Personen ist gemeinsam, daß ein Sicherungsbedürfnis für den Fall der Krankheit im Einzelfall bestehen kann, daß es aber ihrer Entscheidung überlassen werden kann, ob sie den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen. Daß der Versicherungsschutz von Personen beansprucht wird, die ihn nicht benötigen, wird dadurch ausgeschlossen, daß von den Versicherungsberechtigten beim Beitritt der Nachweis gefordert wird, daß ihr jährliches Gesamteinkommen (vgl. § 174 Abs. 3) 9000 DM nicht übersteigt.

Absätze 2 und 3

Die Vorschriften dienen dem Schutz der Versichertengemeinschaft gegen unzumutbare Risiken. In Erweiterung des bisherigen Rechts kann das Gesundheitszeugnis nicht nur für die Versicherten, sondern auch für die Familienangehörigen gefordert werden. Der Beitritt kann nicht nur bei Bestehen einer akuten Erkrankung, sondern auch dann zurückgewiesen werden, wenn das Gesundheitszeugnis, z. B. bei latenten chronischen Krankheiten, nicht genügt. Krankheit und ungenügende Gesundheitszeugnisse von Kindern im Sinne von § 216 Abs. 2 hindern den Beitritt nicht.

Zu § 173

Absatz 1

Nach bisherigem Recht hat der überlebende oder geschiedene Ehegatte das Recht, die Versicherung des anderen Ehegatten „freiwillig fortzusetzen" (§ 313 RVO). Dasselbe Recht ist dem im Inland zurückbleibenden Ehegatten eines Versicherten eingeräumt, der aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, um eine Beschäftigung im Ausland aufzunehmen und nicht selbst seine Versicherung freiwillig fortsetzt. Bisher fehlte aber die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung in den Fällen, in denen die Ehe aufgehoben oder für nichtig erklärt wird.

Bei allen diesen Tatbeständen handelt es sich aber nicht um eine „freiwillige Weiterversicherung", weil eine Eigenversicherung, die fortgesetzt werden könnte — wie es der Begriff der freiwilligen Weiterversicherung des Entwurfs voraussetzt — vorher nicht bestanden hat. Deshalb gestaltet der Entwurf diese Art der Versicherung als Versicherungsberechtigung aus. Es wird auch darauf verzichtet, dem im Inland zurückbleibenden Ehegatten eines ins Ausland verziehenden Versicherten die Versicherungsberechtigung zu geben, weil es dem Versicherten selbst überlassen bleiben kann, für den Versicherungsschutz seiner zurückbleibenden Familie zu sorgen.

Das Recht des freiwilligen Beitritts ist im Falle des § 173 nicht durch eine Altersgrenze oder die Forderung nach einem genügenden Gesundheitszeugnis eingeschränkt

Absatz 2

Wie die freiwillige Weiterversicherung soll auch der Beitritt zur Versicherung in diesen Fällen daran gebunden sein, daß der Antrag innerhalb eines Monats gestellt wird. Nur in besonderen Ausnahmefällen, in denen ohne Verschulden des Beitrittsberechtigten der Beitritt verspätet erklärt wird, soll diese Frist überschritten werden können.

Absatz 3

Die Aufhebung oder Nichtigerklärung der Ehe ist dem Tatbestand der Scheidung vergleichbar. Auch in diesen Fällen wird das Recht des freiwilligen Beitritts zugestanden.

Zu § 174

Absatz 1

Der mit dem Entwurf verfolgte Zweck, in der gesetzlichen Krankenversicherung nur einen Personenkreis zu versichern, der wegen seiner wirtschaftlichen und sozialen Lage sicherungsbedürftig erscheint, verlangt auf der anderen Seite, daß der Versicherungsschutz dann erlischt, wenn das jähr-

liche Gesamteinkommen eine bestimmte Grenze überschreitet. Da die Rentenversicherung der Angestellten, die u. a. darauf abzielt, einem schutzbedürftigen Personenkreis eine Altersversorgung zu sichern, auf den Versicherungszwang verzichtet, sobald der Jahresarbeitsverdienst 15 000 DM übersteigt, bietet sich die gleiche Grenze auch für das Erlöschen der freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung an. Die Meldefristen für den Nachweis der Einkommensverhältnisse werden nach § 301 von der Satzung der Kasse festgesetzt. Die Einhaltung der Meldefrist kann mit Ordnungsstrafen von 3 bis 1000 DM erzwungen werden (§ 430), so daß gewährleistet ist, daß die Überschreitung der Einkommensgrenze der Kasse rechtzeitig bekannt wird.

Absatz 2

Um Härtefälle auszuschließen, soll die Versicherung bei Überschreitung der Einkommensgrenze dann nicht erlöschen, wenn sie mindestens 20 Jahre bestanden hat oder der Versicherte das 40. Lebensjahr vollendet hat. Wegen der Besitzstandwahrung für Personen, die schon bei Inkrafttreten dieses Gesetzes freiwillig versichert waren, vgl. Artikel 3 § 6.

Absatz 3

Auch das bisherige Recht kennt den Begriff des Gesamteinkommens (§§ 176, 178 RVO). Allerdings sind die Krankenkassen bei der Prüfung des Gesamteinkommens oft auf Schätzungen angewiesen, so daß sowohl im Falle des Beitritts wie im Falle des Ausscheidens (solange eine Einkommensgrenze für die freiwillige Versicherung galt) Schwierigkeiten bei der Feststellung des Tatbestandes entstanden sind. Dieser wenig befriedigende Zustand wird durch Absatz 3 beseitigt. Bei Arbeitnehmern gilt als Gesamteinkommen der im vorangegangenen Kalenderjahr bezogene Arbeitslohn, bei allen übrigen Versicherten der Gesamtbetrag der Einkünfte, der die Grundlage der letzten Einkommensteuerveranlagung bildet. Außer Betracht bleiben Kinderfreibeträge, die nach den Steuergesetzen zu berücksichtigen sind. Damit wird im Interesse der Familie die für das Ausscheiden aus der freiwilligen Versicherung geltende Grenze „gestaffelt". Mit der neuen Regelung werden zwar sowohl für den Beitritt wie für das Ausscheiden Verhältnisse zugrunde gelegt, die in der Vergangenheit liegen. Dies muß aber, da anders die maßgebliche Einkommensgrenze zuverlässig nicht festgestellt werden kann, in Kauf genommen werden.

Zu § 175

Nach § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 ist die Versicherungspflicht an die Rentenantragstellung geknüpft. Die weitere Voraussetzung der Versicherungspflicht, nämlich die Berechtigung zum Bezug der Rente, ist erst mit Sicherheit feststellbar, wenn der Rentenbescheid erteilt wurde. Nach bisherigem Recht wurde den Personen, die zum Bezug der Rente nicht berechtigt waren, die formale Mitgliedschaft zuerkannt. Es erscheint systematisch richtiger, hier von einer formalen Versicherung zu sprechen. Diese formale Versicherung erlischt, wenn endgültig festgestellt wird, daß die Voraussetzungen für den Bezug der Rente nicht erfüllt werden. Als „endgültig festgestellt" ist anzusehen, wenn der Rentenbescheid entweder unanfechtbar geworden ist oder ein deswegen anhängiges Verfahren vor den Sozialgerichten durch rechtskräftiges Urteil oder durch Rücknahme eines Rechtsbehelfs abgeschlossen ist. Für das Ende der Mitgliedschaft in diesem Falle sieht § 284 Abs. 1 Nr. 8 eine ausdrückliche Regelung vor.

Zu § 176

Die in § 179 Abs. 1 RVO aufgeführten Leistungen der Krankenversicherung bleiben ihrer Art und ihrem Wesen nach als Sachleistungen und als Barleistungen erhalten. Als neue gesetzliche Leistungsart tritt die Vorsorgehilfe hinzu. Nur die aufgezählten Leistungen sind Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Gegensatz hierzu stehen die durch Auftrag den Kassen zugewiesenen Aufgaben (vgl. § 339).

Eine Begriffsbestimmung der Regel- und Mehrleistungen ist entbehrlich, da die einzelnen Vorschriften, in denen die Gewährung der Leistungen geregelt ist, durch ihre Fassung erkennen lassen, ob es sich um Regel- oder Mehrleistungen handelt.

Zu § 177

Nach geltendem Recht können die Träger der Krankenversicherung Maßnahmen der besonderen und allgemeinen Krankheitsverhütung als Mehrleistungen vorsehen. Gewisse Aufgaben der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sind den Krankenkassen entzogen und den Trägern der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung zugewiesen.

Dieser Zustand entspricht nicht den Bedürfnissen einer modernen Gesundheits- und Sozialpolitik. Die in der Vorschrift aufgezählten Leistungen der Vorsorgehilfe gehören zu den den Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben der Krankheitsvorbeugung. Sie dienen der Früherkennung von Krankheiten und ihrer Abwendung. Auf bestimmte Vorsorgeleistungen wird den Versicherten in den folgenden Vorschriften ein Rechtsanspruch eingeräumt. Andere Leistungen sind als Mehr- oder als Ermessensleistungen vorgesehen, damit auf die örtlichen und betrieblichen Verhältnisse sowie auf die besondere Gefährdung einzelner Gruppen von Versicherten Rücksicht genommen werden kann. Es bestehen auch über die Wirkungen einiger der vorgesehenen Leistungen und ihren finanziellen Aufwand nur beschränkte Erfahrungen.

Da der vorliegende Gesetzentwurf nur die Leistungen der Vorsorgehilfe im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung regelt, erscheint es nicht erforderlich, ausdrücklich zu bestimmen, daß die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter, wie sie in § 3 des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. August 1934 (RGBl. I S. 531) und in der Ersten und Dritten Durchführungsverordnung zu diesem Gesetz niedergelegt sind, durch den Gesetzentwurf nicht berührt werden.

Zu § 178

Absatz 1

Die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen dienen der Früherkennung von Krankheiten. Die Versicherten erhalten das Recht, unter den festgesetzten Voraussetzungen allgemeine ärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen. Sichergestellt soll werden, daß jeder Versicherte nach Vollendung des 35. Lebensjahres jeweils innerhalb von 3 Jahren einmal eine derartige Leistung in Anspruch nehmen kann. Satz 2 gibt dem Versicherten das Recht, unter den zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen oder an ihr beteiligten Ärzten den Arzt seines Vertrauens auszuwählen.

Absatz 2

Über die in Absatz 1 festgelegte Regelleistung hinaus kann die Kassensatzung die allgemeinen ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen auch für Versicherte, die das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zulassen. Sie kann auch kürzere als dreijährige Zeiträume vorsehen. Als Mehrleistungen können ferner gezielte Vorsorgeuntersuchungen für besonders gefährdete Berufs- oder Personengruppen nach näherer Bestimmung der Satzung gewährt werden.

Zu § 179

Durch die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sollen Zahnkrankheiten schon im Frühstadium erkannt und durch Frühbehandlung größere Schäden vermieden werden. Um eine Überlastung der Zahnärzte am Ende des Kalenderjahres zu vermeiden und die Zwischenräume zwischen den einzelnen Untersuchungen etwa gleichmäßig zu gestalten, wird davon abgesehen, auf das Kalenderjahr als Untersuchungszeitraum abzustellen. Ist der Versicherte im letzten halben Jahr vom Zahnarzt behandelt worden, so kann davon ausgegangen werden, daß der Zahnarzt hierbei auch eine allgemeine Untersuchung des Gebisses vorgenommen hat. Eine besondere Vorsorgeuntersuchung erübrigt sich dann. Auch für die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ist die freie Wahl unter den Kassenzahnärzten sichergestellt.

Zu § 180

Absätze 1 und 3

Die Vorsorgekuren dienen dazu, solche Krankheiten rechtzeitig abzuwenden, die die Arbeitsfähigkeit des Versicherten bedrohen. Die Gefahr einer Erkrankung allein kann für die Gewährung dieser Leistung nicht genügen. Da Kuren vielfach sehr kostspielig sind und der erforderliche Gesamtaufwand nicht hinreichend übersehen werden kann, soll ihre Gewährung in das Ermessen der Kassenverwaltung gestellt werden. Es bleibt ihr überlassen, ob sie eine Kur als Sachleistung oder ob sie Zuschüsse zu einer Kur gewährt. Vor der Gewährung der Kur ist ein ärztliches Gutachten einzuholen. Damit ist sichergestellt, daß die Mittel der Kasse tatsächlich für die im Gesetz vorgesehenen Zwecke verwendet werden.

In der Regel besteht während einer Vorsorgekur noch nicht Arbeitsunfähigkeit, so daß der Versicherte, der sich einer Kur unterzieht, keine wirtschaftliche Hilfe für sich und seine Familienangehörigen erhält, wenn sein Erwerbseinkommen nicht weiterläuft. Daher wird ihm das gekürzte Krankengeld — bisher Hausgeld — zugebilligt, sofern bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld bestände. Diese Bestimmung entspricht inhaltlich § 186 Abs. 2 und § 189 Abs. 1 RVO. Wird Erwerbseinkommen weitergezahlt, so gelten die gleichen Überlegungen und damit die gleiche Regelung wie bei Krankenhauspflege.

Absatz 2

Aus dem Zweck der Vorsorgekuren ergibt sich, daß diese nicht den der allgemeinen Erholung dienenden Urlaub ersetzen sollen. Durch die Bestimmung soll der gesundheitspolitische Erfolg dieser Leistungen sichergestellt werden. Als für Vorsorgekuren geeignete Heime kommen alle Genesungs-, Erholungs-, Kurheime und Sanatorien, also beispielsweise auch Heime des Müttergenesungswerkes in Betracht, wenn sie unter dauernder ärztlicher Aufsicht stehen.

Absatz 4

In vielen Fällen werden bei drohender Arbeitsunfähigkeit auch Maßnahmen der Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit angezeigt sein. Diese durchzuführen ist Aufgabe der Rentenversicherung. Es muß daher sichergestellt werden, daß Doppelleistungen und Kompetenzstreitigkeiten der Versicherungsträger vermieden werden. Es erscheint aber nicht zweckmäßig, die Träger eines Versicherungszweiges mit der Durchführung der Aufgaben zu betrauen und ihnen gegen die Träger des anderen Versicherungszweiges Erstattungsansprüche zu geben. Daher soll zunächst geprüft werden, ob der Träger der Rentenversicherung Maßnahmen der Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht schon eingeleitet hat. Ist dies der Fall, dann soll der Träger der Krankenversicherung seine Leistung nicht gewähren. Den Trägern der Krankenversicherung und der Rentenversicherung kann es überlassen bleiben, das Nähere über die Zusammenarbeit zu vereinbaren.

Zu § 181

Absatz 1

Auf dem Gebiet der Vorsorgehilfe sind eine Reihe weiterer Maßnahmen denkbar, deren Aufzählung im Gesetz sich nicht empfiehlt, weil sie unvollständig bleiben müßte. Auch könnte bei einer gesetzlichen Regelung den örtlichen und individuellen Bedürfnissen nicht hinreichend Rechnung getragen werden. Die Vorschrift gibt daher den Kassen die Ermächtigung, Einzelmaßnahmen der Vorsorgehilfe nach eigenem pflichtgemäßen Ermessen zu gewähren.

Die nach dieser Vorschrift zu gewährenden Leistungen stellen Maßnahmen der besonderen Vorsorge-

hilfe, nicht aber Maßnahmen der allgemeinen Krankheitsverhütung oder Leistungen bei schon bestehender Krankheit dar. In Betracht kommen Leistungen, die unmittelbar geeignet sind, der Abwendung drohender Krankheiten im Einzelfall zu dienen. Die aufgeführten kieferorthopädischen, orthopädischen Maßnahmen und Schutzimpfungen stellen nur Beispiele dar. Der Kasse steht es frei, bestimmte Maßnahmen für alle Versicherten oder Maßnahmen für bestimmte Gruppen von Versicherten (z. B. für Jugendliche oder für solche Versicherten, die von bestimmten Krankheiten besonders bedroht sind) als Sachleistungen oder Zuschüsse für solche Maßnahmen zu gewähren.

Absatz 2

Einige der in Absatz 1 genannten Maßnahmen der Vorsorgehilfe fallen auch in den Aufgabenbereich der öffentlichen Gesundheitsbehörden. In der Regel werden die Maßnahmen der Gesundheitsbehörden dem Schutz der gesamten Bevölkerung, also auch den von der gesetzlichen Krankenversicherung betreuten Personen, dienen. Die Vorschrift trägt dem Rechnung und läßt den Maßnahmen der Gesundheitsbehörden den Vorrang.

Zu § 182

Der Tatbestand dieser Vorschrift ist bisher in § 363 RVO enthalten. Die Bestimmung wird in den Abschnitt „Vorsorgehilfe" übernommen, weil es sich um Leistungen aus Kassenmitteln handelt, die unmittelbar der Verhütung von Erkrankungen oder Krankheiten dienen und der Allgemeinheit der Versicherten oder wenigstens dem größeren Teil der Versicherten zugute kommen sollen. Hierzu können auch Zuschüsse zum orthopädischen Turnen von Schulkindern, zur Erholungsverschickung von Schul- und Kleinkindern, Beihilfen zu Impfungen und zu anderen Maßnahmen gehören, wenn diese Maßnahmen von anderen durchgeführt werden. Die Fassung „für Zwecke der allgemeinen Krankheitsverhütung" entspricht dem geltenden Recht.

Soweit diese Aufgaben bisher den Trägern der Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherung übertragen waren, werden sie wieder den Krankenkassen zugewiesen. Über die Verwendung der Mittel entscheidet die Kasse. Sie ist nicht an Weisungen gebunden, hat aber im Einzelfall für die Verwendung und die Art der Verwendung von Mitteln die Genehmigung der Aufsichtsbehörde einzuholen.

Zu § 183

Die Vorschrift zählt die zur Krankenhilfe gehörenden Leistungen auf. Neben den in § 182 Abs. 1 RVO genannten Leistungen (Krankenpflege und Krankengeld) gehört zur Krankenhilfe auch die Genesendenfürsorge. Krankenhauspflege war bisher Ermessensleistung und Ersatzleistung für Krankenpflege und Krankengeld. Da sie künftig selbständige Pflichtleistung werden soll, muß sie in den Katalog der zur Krankenhilfe gehörenden Leistungen aufgenommen werden.

Zu § 184

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 182 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2, § 183 Abs. 1 und § 368 e RVO. Sie verpflichtet die Träger der Krankenversicherung zur Gewährung der genannten Leistungen. Die Verwendung des Begriffs „Arzneimittel" entspricht dem im Arzneimittelgesetz verwendeten. Da Verbandmittel nicht zu den Arzneimitteln im Sinne des Arzneimittelgesetzes gehören, werden sie gesondert genannt. Zuschüsse zu Zahnersatz und Hilfsmitteln sollen künftig Leistungen der Krankenpflege sein. Sie sind damit dem Grunde nach Regelleistungen, deren Umfang die Satzung bestimmt (vgl. §§ 190 und 191).

Abweichend vom geltenden Recht soll der Anspruch auf Krankenpflege einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft enden. Für eine längere Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs besteht kein Bedürfnis mehr. Für Versicherte, die arbeitsunfähig sind, bleiben die Mitgliedschaft und damit der Leistungsanspruch in der Regel für die gesamte Dauer des Krankheitsfalles erhalten. Wer aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung wegen Erwerbslosigkeit oder wegen Rentenbezuges ausscheidet, bleibt als Arbeitsloser oder als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Soweit dies nicht zutrifft, weil der Versicherte die Beschäftigung aus anderen Gründen aufgibt oder weil keine Ansprüche auf den Hauptbetrag aus der Arbeitslosenversicherung oder Arbeitslosenhilfe bestehen, oder weil er nicht zu dem Kreis der pflichtversicherten Rentner gehört, kann sich der Betroffene meist freiwillig weiterversichern. Macht der Betroffene jedoch keinen Gebrauch von seinem Recht, so kann der Versichertengemeinschaft nicht zugemutet werden, für nicht unerhebliche Zeiten nach dem Ausscheiden aus der Versicherung für Leistungen aufzukommen, ohne daß dafür Beiträge gezahlt werden.

Absatz 2

Wie auch in späteren Vorschriften werden Bestimmungen, die das Verhältnis des Versicherten zu seiner Kasse betreffen, aus systematischen Gründen in das Leistungsrecht übernommen. Die Vorschrift umschreibt den Anspruch des Versicherten und begrenzt ihn zugleich. Dies gilt auch für die Leistungspflicht der Kasse.

Zu § 185

Absatz 1

stellt den Grundsatz auf, daß die ärztliche Behandlung als Sachleistung durch die Ärzte gewährt wird, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen.

Absätze 2 und 3

Die Vorschriften entsprechen inhaltlich § 368 d Abs. 1 und 2 RVO. Wird in Notfällen ein Arzt in Anspruch genommen, der nicht zu den in Absatz 1 genannten Ärzten gehört, so haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, die die kassenärztliche Ver-

sorgung der Versicherten nach § 401 sicherzustellen haben, entsprechende Vorsorge für die Honorierung der Notfallärzte zu treffen.

Zu § 186

Absatz 1

enthält die notwendigen Verwaltungsbestimmungen für die Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung. Die Vorschrift entspricht weitgehend dem geltenden Recht. Der Krankenschein wird durch die Mitgliedsbescheinigung abgelöst. Sie dient dem Arzt gegenüber als Ausweis dafür, daß der Patient Leistungsansprüche gegen die bezeichnete Krankenkasse hat und kann als Abrechnungsformular verwendet werden. Sie soll daher in der Regel für die Dauer der ärztlichen Behandlung gelten. Den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt es überlassen, die Gültigkeitsdauer der Mitgliedsbescheinigung vertraglich zu bestimmen.

Absatz 2

Es kann sich die technische Notwendigkeit ergeben, das Abrechnungsverfahren im gesamten Bundesgebiet und in West-Berlin einheitlich durchzuführen. Daher ist eine Ermächtigung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vorgesehen, mit Zustimmung des Bundesrates das Formularwesen einheitlich durch Verwaltungsvorschriften zu regeln.

Zu § 187

Absatz 1

Um den Versicherten zur Besonnenheit im Verbrauch von Arzneimitteln anzuhalten, wird auch künftig bei der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln eine Individualleistung des Versicherten als notwendig erachtet. Die bisherige Verordnungsblattgebühr in Höhe von 0,50 DM ist nicht mehr zeitgemäß. Daher ist vorgesehen, daß der Versicherte 10 v. H. der Kosten der Arznei- und Verbandmittel mit einer Mindest- und Höchstbegrenzung selbst zu zahlen hat. Für die Berechnung der Eigenleistung des Versicherten sollen grundsätzlich die Kosten aller Medikamente, die der Arzt bei einer Beratung verordnet, zusammengerechnet werden. Aus dem Zusammenhang der Eigenleistung des Versicherten mit den Kosten der bei einer Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung verordneten Medikamente ergibt sich die Notwendigkeit der Begrenzung der Zahl der Arzneimittelverordnungen je Verordnungsblatt. Etwa 95 v. H. aller Verordnungsblätter enthalten heute ein bis drei verordnete Arzneimittel. Ausgenommen von der Begrenzung sind Verbandmittel, weil bei Verletzungen vielfach mehr als drei verschiedene Verbandmittel zu verordnen sind.

Absatz 2

Eine Eigenleistung des Versicherten soll in Härtefällen entfallen. Nach dem Sinn der Eigenleistung ist ein Härtefall dann anzunehmen, wenn die Tragung des Arzneikostenanteils dem Versicherten nach billigem Ermessen nicht zugemutet werden kann. Satz 2 führt einige typische Fälle auf, die in der Regel als Härtefälle angesehen werden können. Die Kasse hat über die Befreiung im Einzelfall zu entscheiden.

Zu § 188

Die Vorschrift stellt klar, daß die genannten Mittel auch in der Krankenversicherung nicht zu den von der Kasse zu gewährenden Arzneimitteln gehören.

Zu § 189

Das geltende Recht unterscheidet zwischen kleineren Heilmitteln, die Regelleistungen sind, und größeren Heil- und Hilfsmitteln, die Mehrleistungen sind. Die Unterscheidung gründet sich nicht auf das Wesen der Mittel, sondern auf die Kosten. Sie erscheint nicht mehr sachdienlich. Heilmittel sollen wie bisher als Sachleistung gewährt werden. Brillen werden, um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden, ausdrücklich wie Heilmittel behandelt. Die Eigenleistung des Versicherten ist in gleicher Höhe festgesetzt wie bei ärztlicher Behandlung, weil einige Heilmaßnahmen als Heilmittel, vielfach aber auch als ärztliche Behandlung (z. B. physikalische Anwendungen) gewährt werden können. Hinsichtlich der Befreiung bei Härtefällen gilt das zu § 187 Abs. 2 Gesagte.

Zu § 190

Zahnersatz ist nach geltendem Recht Ermessensleistung. Künftig soll ein Zuschuß zum Zahnersatz als Pflichtleistung gewährt werden. Der Selbstverwaltung bleibt es überlassen, den Umfang der Leistung zu bestimmen. Die Leistung soll als Zuschuß gewährt werden, damit der Versicherte die Möglichkeit hat, sich Zahnersatz in einer aufwendigeren Ausführung anfertigen zu lassen als medizinisch ausreichend und notwendig wäre.

Um zu erreichen, daß die weit verbreitete Karies möglichst im Frühstadium wirkungsvoll bekämpft werden kann und daß größere Zahnschäden, die vielfach Ursache für viele andere Krankheiten sind, vermieden werden, sieht die Vorschrift vor, daß die Satzung für Versicherte, die sich regelmäßig zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und der notwendigen Zahnbehandlung unterzogen haben, einen höheren Zuschuß zu gewähren hat.

Zu § 191

Hilfsmittel, die nach geltendem Recht Mehrleistung sind, sollen Regelleistung werden. Auch hier soll es der Selbstverwaltung überlassen bleiben, die Höhe der Leistung durch die Satzung zu bestimmen.

Zu § 192

Absatz 1

Nach geltendem Recht hat die Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen darüber zu entscheiden, ob sie Krankenhauspflege gewähren will. Es entspricht einer zeitgemäßen Sozialversicherung nicht mehr, bei dieser für schwere Krankheit wichtigen Leistung den Versicherten in eine mindere Rechtsstellung zu verweisen. Daher soll künftig die Krankenhauspflege Pflichtleistung werden, wenn die Krankheit nur bei Aufnahme in das Krankenhaus erkannt oder behandelt werden kann. Auf die Legaldefinition des Begriffs „Krankenhauspflege" kann verzichtet werden, da durch die bisherige Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der Inhalt dieser Leistung festgelegt ist. Aus der Vorschrift ergibt sich, daß zu den Krankenhäusern alle Anstalten gehören, die hinsichtlich ihrer Einrichtungen und der in ihr tätigen Ärzte und Hilfspersonen geeignet sind, akute Krankheiten zu erkennen und zu behandeln; die Bezeichnung der Anstalt kann Anhaltspunkt sein, ist aber nicht ausschlaggebend. Eine Aufzählung der zu den Krankenhäusern im Sinne dieser Vorschrift gehörenden Anstalten erübrigt sich daher.

Die Krankenhauspflege tritt an die Stelle der entsprechenden Leistungen der Krankenpflege, da diese im Krankenhaus erbracht werden. Auch bei Krankenhauspflege gelten die gleichen Grundsätze über ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung wie bei Krankenpflege.

Absatz 2

Ebenso wie bei ärztlicher Behandlung soll dem Versicherten freigestellt sein, in welchem Krankenhaus er sich behandeln lassen will. In Betracht können nur solche Krankenhäuser kommen, die mit Krankenkassen Verträge geschlossen haben. Insoweit entspricht die Vorschrift § 184 Abs. 5 RVO. Der Versicherte hat die Wahl unter den für die Behandlung seiner Krankheit „geeigneten" Krankenhäusern, da die nächsterreichbaren Krankenhäuser für die notwendige Behandlung nicht immer eingerichtet sind. In Notfällen kann der Versicherte nicht ausschließlich auf die Vertragskrankenhäuser verwiesen werden. Da aber die Erbringung der Sachleistung mangels eines Vertrages zwischen Kasse und Krankenhaus nicht möglich ist, erhält der Versicherte die entstandenen Kosten von seiner Kasse ersetzt.

Absatz 3

entspricht weitgehend § 184 Abs. 3 RVO.

Zu § 193

Absatz 1

Diese Vorschrift entspricht weitgehend § 185 RVO. Da Krankenhauspflege Pflichtleistung ist, muß auch die häusliche Krankenpflege, die dann zu gewähren ist, wenn an sich die Aufnahme in ein Krankenhaus geboten wäre, Pflichtleistung werden. Da aber die Krankenkasse die erforderlichen Pflegepersonen nicht immer zur Verfügung stellen kann, wird häusliche Krankenpflege nicht mehr als Sachleistung gewährt. Es soll dem Versicherten überlassen bleiben, sich die notwendigen Pflegepersonen zu beschaffen. Er erhält die ihm entstandenen Kosten erstattet.

Als Pflegepersonen kommen nicht nur ausgebildete Krankenpfleger und Krankenschwestern in Betracht, sondern auch andere Personen, die Krankenpflege ausüben. Die bisherige Fassung „oder andere Pfleger" war zu unbestimmt. An deren Stelle treten die in Satz 2 näher bezeichneten Hauspflegepersonen. Es muß aber sichergestellt sein, daß für die häusliche Krankenpflege nur solche Personen eingesetzt werden, die den besonderen Anforderungen dieser Aufgabe gerecht werden. Dafür bieten Organisationen der genannten Art Gewähr. § 185 a RVO hat in der Praxis keine Bedeutung erlangt; er kann daher entfallen.

Absatz 2

Die Vorschrift enthält eine besondere Form der häuslichen Krankenpflege, die neben der ambulanten ärztlichen Behandlung gewährt werden kann. Sie kommt in Betracht, wenn Krankenhauspflege an sich nicht geboten ist, der Kranke also im Haushalt oder in seiner Familie gepflegt werden kann, aber nach ärztlichem Gutachten der Pflege einer fremden Krankenpflegeperson bedarf. Ob die Leistung im Einzelfall gewährt wird, obliegt dem pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkasse.

Absatz 3

Die Selbstverwaltung der Krankenkasse soll einen angemessenen Höchstbetrag für die Erstattung der Pflegekosten festsetzen. Sie kann auch andere als die in Absatz 1 bezeichneten Träger der Hauspflege zulassen. Hierbei trägt die Kasse die Verantwortung für die geeignete Auswahl. Ausgeschlossen soll die Kostenübernahme jedoch sein, wenn Verwandte oder ähnliche Personen die häusliche Krankenpflege durchführen. Es kann nicht Aufgabe der Krankenversicherung sein, für Verwandten- oder Nachbarschaftshilfe, die aus ethischen Beweggründen geleistet wird, ein Entgelt zu gewähren.

Zu § 194

Absatz 1

Außer bei den in § 192 Abs. 1 genannten Voraussetzungen kann die Aufnahme in ein Krankenhaus aus anderen Gründen zweckmäßig oder notwendig erscheinen; so z. B., wenn die Wohnungsverhältnisse einer raschen Heilung des Kranken abträglich sind. In derartigen Fällen soll zwar dem Versicherten nicht ein Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege gegeben werden, dem Ermessen der Kasse soll es aber überlassen bleiben, einen Zuschuß zu gewähren.

Absatz 2

legalisiert eine bisher vielfach geübte Handhabung, die sich als zweckmäßig erwiesen hat.

Absatz 3

Die Vorschrift ergänzt § 192 Abs. 2 für den Fall, daß der Versicherte ohne triftigen Grund ein anderes Vertragskrankenhaus als eines der für ihn nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser in Anspruch nimmt. Als triftiger Grund für die Inanspruchnahme eines anderen Krankenhauses gilt auch, wenn der Versicherte ein anderes Krankenhaus wählt, weil in dem nächsterreichbaren Krankenhaus seelsorgerische Betreuung nach den religiösen Bedürfnissen des Kranken nicht zugelassen ist. Dieser Grundsatz entspricht § 371 Abs. 2 letzter Satz RVO. Liegt kein triftiger Grund vor, so sollen der Kasse keine Mehrkosten, z. B. durch Wegekosten entstehen, die nach geltendem Recht zu den Kosten einer notwendigen Krankenhauspflege gehören. Es kann aber auch sein, daß das weiter entfernte Krankenhaus einen höheren Pflegesatz erhebt als die nächsterreichbaren Krankenhäuser. Da ein vergleichbarer Pflegesatz schwer zu ermitteln ist, wenn für die nächsterreichbaren Krankenhäuser unterschiedliche Pflegesätze gelten, soll der Versicherte an Stelle der Sachleistung einen Zuschuß erhalten. Seine Höhe setzt die Satzung fest. Um dem Versicherten jedoch sein ihm in § 192 Abs. 1 zustehendes Recht auf die notwendige Krankenhauspflege zu gewährleisten, ist mindestens der Betrag zu zahlen, der bei Inanspruchnahme des nächsterreichbaren preisgünstigsten Krankenhauses entstanden wäre.

Absatz 4

dient der Klarstellung.

Absatz 5

Die Vorschrift bezweckt, durch die unmittelbare Zahlungsmöglichkeit der Kasse an das Krankenhaus diesem den Einzug seiner Forderung zu erleichtern und die Kasse gegenüber dem Versicherten zur unmittelbaren Zahlung zu berechtigen.

Zu § 195

Absatz 1

Für Versicherte, die während des Krankenhausaufenthaltes ihre Einkünfte weiter beziehen, treten in der Regel Ersparnisse dadurch ein, daß die Aufwendungen für häusliche Verpflegung u. ä. entfallen. Dies rechtfertigt eine teilweise Selbstzahlung des Versicherten. Hierfür ist ein fester Betrag je Pflegetag vorgesehen, der etwa den ersparten häuslichen Aufwendungen entspricht. Ein fester Betrag scheint zweckmäßig, damit unterschiedliche Pflegesätze nicht zu unterschiedlichen Beteiligungsbeträgen für den Versicherten führen (z. B. Krankenhaus mit dem sogenannten „großen Pflegesatz", dagegen Belegkrankenhaus mit „kleinem Pflegesatz"). Bei der Inanspruchnahme eines Belegkrankenhauses entsteht keine Eigenbeteiligung des Versicherten für die ärztlichen Leistungen (vgl. § 328 Abs. 1 letzter Satz). Die Möglichkeit, daß Krankenhäuser und Krankenkassen über die Einziehung der Eigenbeteiligung des Versicherten vertragliche Abmachungen treffen, ist nicht ausgeschlossen. Die Höhe ist auf die der Kasse entstehenden Pflegekosten abgestellt, weil dem Versicherten auch der Leistungseinsatz seiner Versichertengemeinschaft für ihn deutlich gemacht werden soll.

Absatz 2

Wird Krankenhauspflege nicht als Sachleistung, sondern in Form von Zuschüssen oder als Erstattungsbetrag gewährt, so muß unter den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen aus Gründen der Gleichbehandlung der Betrag der Selbstzahlungen von den Zuschüssen oder den zu erstattenden Kosten abgesetzt werden.

Absatz 3

gibt der Kasse wie in § 187 Abs. 2 die Möglichkeit, im Einzelfall Versicherte von der Beteiligung zu befreien, wenn sie zu einer unbilligen Härte führen würde.

Zu § 196

Absätze 1 und 2

entsprechen dem geltenden Recht. Es wird davon abgesehen, die jeweiligen Rahmenfristen vom Tage des Beginns der Krankenhauspflege an zu rechnen, um aufgetretene Berechnungsschwierigkeiten zu vermeiden.

Zu § 197

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 182 Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 und Abs. 4 RVO. Nachdem das Entgelt für alle Arbeitnehmer vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an für sechs Wochen fortgezahlt werden soll, erscheint es richtig, auch in der Krankenversicherung von Karenztagen abzusehen.

Zu § 198

Absatz 1

Die teilweise als schwierig empfundene Berechnung des Regellohns nach geltendem Recht ist u. a. darauf abgestellt, daß auch bei kurzfristigen Arbeitsverhältnissen ein gerechtes Ergebnis erzielt werden soll. Durch die Verpflichtung des Arbeitgebers, für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit das Entgelt für alle Arbeitnehmer fortzuzahlen, hat die Krankenversicherung während dieser Zeit in der Regel kein Krankengeld zu gewähren. Die Vorschrift trägt dem Rechnung und geht von der differenzierten Berechnungsmethode des Regellohns nach geltendem Recht ab. Für die Berechnung des Regellohns soll künftig von dem der Beitragsbemessung zugrunde liegenden Entgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate ausgegangen werden. Für die Feststellung der Bemessungszeiträume soll nicht mehr der Beginn der Arbeitsunfähigkeit, sondern im Hinblick auf die Entgeltfortzahlung der Beginn der Krankengeldgewährung maßgebend sein. Da Krankengeld nicht mehr nach den unterschiedlichen Arbeitsverhältnissen für Kalendertage, Werk-

tage oder Arbeitstage, sondern einheitlich für Wochentage gezahlt werden soll, muß auch das im Berechnungszeitraum erzielt Entgelt auf den Wochentag zurückgeführt werden. Der Begriff „Wochentag" steht im Gegensatz zum Begriff „Sonntag". Um zu gerechten Ergebnissen zu gelangen, bleiben für die Berechnung des Regellohns solche Zeiten außer Betracht, in denen der Versicherte nicht gegen Entgelt beschäftigt war; das können Zeiten sein, in denen der Versicherte Sozialleistungen erhalten hat (z. B. Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Stillegungsvergütung) oder in denen er ohne Entgeltzahlung beurlaubt war oder für die er aus sonstigen Gründen kein Arbeitsentgelt aus seinem letzten Beschäftigungsverhältnis erhalten hat. Das gleiche soll für Zeiten gelten, in denen der Versicherte während des Bemessungszeitraumes neben Kurzarbeitergeld oder Schlechtwettergeld nur ein verkürztes Entgelt erhält (z. B. wegen des Lohnausfalles durch Schlechtwetter, der nach Beendigung eines vergeblichen Arbeitsversuches entsteht). Satz 3 regelt die Berechnung des Regellohns, wenn das Beschäftigungsverhältnis, in dem der Versicherte arbeitsunfähig geworden ist, noch keine drei Monate gedauert hat.

Absatz 2

Das Krankengeld soll künftig wieder einheitlich, jedoch für Wochentage gezahlt werden. Um die Abrechnung und die Zahlung des Krankengeldes verwaltungsmäßig zu vereinfachen, soll das Krankengeld grundsätzlich jeweils an den im Betrieb üblichen Lohn- oder Gehaltszahltagen gezahlt werden. Soweit sich hieraus Schwierigkeiten ergeben könnten, kann die Satzung Abweichendes vorsehen.

Absatz 3

Die Verpflichtung des Arbeitgebers ergibt sich auch aus § 296. Zur Klarstellung wird hier ausdrücklich gesagt, daß der Arbeitgeber der Kasse für die Berechnung des Krankengeldes die erforderlichen Angaben zu machen hat.

Zu § 199

Absatz 1

Die Verweisung auf die Vorschriften des AVAVG stellt klar, daß Arbeitslose Krankengeld in Höhe des Hauptbetrages erhalten.

Absatz 2

Bezieher von Stillegungsvergütung oder Schlechtwettergeld bleiben Mitglieder ihrer Krankenkasse. Bei Arbeitsunfähigkeit erhalten sie grundsätzlich Krankengeld in gleicher Höhe wie die übrigen Versicherten. In den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit entfällt für sie jedoch der Anspruch auf Entgeltfortzahlung, da die Krankheit nicht alleinige Ursache der Arbeitsverhinderung ist. Für diese Zeit müssen sie denjenigen gleichgestellt werden, die nicht arbeitsunfähig sind. Sie erhalten daher für die Zeiten, in denen an sich Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts gegen den Arbeitgeber bestehen würde, Krankengeld in Höhe der Stillegungsvergütung oder des Schlechtwettergeldes so wie die nicht arbeitsunfähigen Beschäftigten.

Absatz 3

Auch für Bezieher von Kurzarbeitsgeld gilt als Grundsatz, daß sie bei Arbeitsunfähigkeit das Krankengeld wie die übrigen Versicherten erhalten sollen. Während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit erhalten sie vom Arbeitgeber den Kurzlohn fortgezahlt. Daher wird das Krankengeld um diesen Betrag gekürzt.

Zu § 200

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 183 Abs. 2 RVO). Wie bei der Krankenhauspflege, wird davon abgesehen, die jeweiligen Rahmenfristen vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an zu rechnen, um aufgetretene Berechnungsschwierigkeiten zu vermeiden.

Zu § 201

Absatz 1

entspricht materiell dem § 183 Abs. 3 RVO. Die Vorschrift ist neu gefaßt, um klarzustellen, daß die Mitgliedschaft während der Arbeitsunfähigkeit bis zur Zustellung des Rentenbescheides fortbesteht und bis zu diesem Zeitpunkt Anspruch auf Krankengeld besteht. Hieraus ergibt sich in Verbindung mit § 166 Abs. 2, daß die Rentnerkrankenversicherung nach dem Ende des Krankengeldanspruches beginnt. Die Regelung des § 183 Abs. 4 RVO wird nicht übernommen. Beschäftigte, die eine Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, sind in der Regel nach § 169, Beschäftigte, die ein Altersruhegeld beziehen, nach § 167 Abs. 1 Nr. 6 versicherungsfrei. Diese Personengruppen haben für sechs Wochen — das entspricht der bisherigen Regelung — Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen ihren Arbeitgeber.

Aus dem Sinn der Vorschrift ergibt sich, daß der Anspruch auf Rente nur für solche Zeiträume auf die Kasse übergeht, die mit Zeiten der Gewährung von Krankengeld kongruent sind. Es wird daher hier wie auch in Absatz 2 davon abgesehen, dies im Gesetz ausdrücklich zu bestimmen.

Absatz 2

entspricht materiell dem § 183 Abs. 5 RVO. Durch die Neufassung sollen aufgetretene Auslegungsschwierigkeiten beseitigt werden.

Absatz 3

entspricht § 183 Abs. 6 Satz 1 RVO. Die Vorschrift wird auf den Einkommensausgleich nach § 17 Abs. 4 des Bundesversorgungsgesetzes ausgedehnt, weil die Verhältnisse gleichgeartet sind und die Anrechnung des Krankengeldes auf den Einkommensausgleich entfallen soll. § 183 Abs. 6 Satz 2 RVO ist aus rechtssystematischen Gründen in § 285 Abs. 1 und § 305 aufgenommen.

Absatz 4

entspricht § 183 Abs. 7 RVO. Die Verlängerung der Frist, nach deren Ablauf die Kasse den Versicherten zur Rentenantragstellung auffordern kann, ergibt sich aus der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit.

Absatz 5

entspricht § 182 Abs. 1 Nr. 2 letzter Satz RVO.

Zu § 202

Absatz 1

entspricht im wesentlichen § 189 Abs. 1 RVO. Da künftig der Arbeitnehmer gegen seinen Arbeitgeber Anspruch auf volle Entgeltfortzahlung haben soll, kommt eine Anrechnung des Arbeitsentgelts auf den Krankengeldanspruch nicht mehr in Betracht; die Worte „und soweit" werden daher aus § 189 Abs. 1 Satz 1 RVO nicht übernommen. In die Regelung werden ferner die Krankenbezüge nach dem Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung einbezogen, die an Arbeitslose in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit von der Bundesanstalt gezahlt werden. Die Beitragskürzung nach § 189 Abs. 1 Satz 2 RVO entfällt, weil der Entwurf keine unterschiedlichen Beiträge für Versicherte mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen und ohne einen solchen Anspruch kennt. Durch die Neufassung des Satzes 2 der Vorschrift werden Schwierigkeiten, die bei der Anwendung des § 189 Abs. 1 Satz 2 RVO in der Praxis entstanden sind, beseitigt. Die Vorschrift stellt klar, daß bei Arbeitsunfähigkeit Krankengeld und vom Arbeitgeber freiwillig gezahlte Zuschüsse zusammen das regelmäßig vor Beginn des Bezugs von Krankengeld erzielte Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen dürfen.

Absatz 2

Erfüllt der Arbeitgeber den Anspruch des Versicherten auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts bei Arbeitsunfähigkeit nicht, so muß die Krankenkasse Krankengeld zahlen. Es ist daher gerechtfertigt, den Anspruch des Versicherten gegen den Arbeitgeber insoweit auf die Kasse übergehen zu lassen, wie diese Leistungen erbracht hat.

Zu § 203

Die Vorschrift schließt an § 216 Abs. 3 RVO an und regelt die Meldefrist wieder einheitlich für den gesamten Geltungsbereich des Gesetzes. Bei unverschuldeter Verspätung der Meldung soll die Kasse auf Antrag zur Nachzahlung des Krankengeldes verpflichtet sein, wenn der Versicherte Anspruch auf Krankengeld hat.

Zu § 204

Absatz 1

Aus systematischen Gründen wird der Begriff „Hausgeld" nicht mehr verwendet. Wenn und solange die Krankenkasse Krankenhauspflege oder an deren Stelle Zuschüsse gewährt, erhält der Versicherte ein gekürztes Krankengeld. Soweit nichts anderes bestimmt ist, gelten daher alle sonstigen, das Krankengeld betreffenden Vorschriften. Die Sätze sind gegenüber § 186 RVO angehoben, weil das Krankengeld bei Krankenhauspflege nur etwa entsprechend den häuslichen Ersparnissen gegenüber dem bei ambulanter Behandlung gewährten Krankengeld ermäßigt werden soll. Versicherte, die keine Angehörigen zu versorgen haben, sollen durch das Krankengeld bei Krankenhauspflege so gestellt werden, daß sie die fortlaufenden Ausgaben bestreiten können und ihnen darüber hinaus ein angemessenes Taschengeld verbleibt.

Absatz 2

entspricht inhaltlich § 186 Abs. 1 Satz 4 RVO.

Zu § 205

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 192 RVO.

Nr. 1

Grundsätzlich soll die Versichertengemeinschaft nicht belastet werden, wenn der Anspruchsberechtigte sich absichtlich eine Krankheit zuzieht oder vorsätzlich gegen die Rechtsordnung verstößt und sich dabei eine Krankheit zuzieht. Wie nach geltendem Recht soll die Versagung aber auch möglich sein, wenn der Anspruchsberechtigte sich schuldhaft an einer Schlägerei beteiligt. Auch wenn der Anspruchsberechtigte fahrlässig infolge Trunkenheit den Straßenverkehr gefährdet und dadurch eine Gemeingefahr herbeiführt, handelt es sich um einen Verstoß gegen die Rechtsordnung, für dessen Folge die Versichertengemeinschaft nicht eintreten kann.

Nr. 2

Der Tatbestand ist gegenüber § 192 Abs. 2 RVO etwas weiter gefaßt, um auch die Fälle zu erfassen, in denen der Anspruchsberechtigte zwar der Vorladung zum Vertrauensarzt folgt, aber sich nicht untersuchen läßt. Zur zumutbaren Mitwirkung gehört es auch, daß der Anspruchsberechtigte dem Vertrauensarzt Zutritt zur Wohnung zum Zwecke der ärztlichen Untersuchung gestattet.

Nr. 3

Diese Vorschrift gibt der Kasse die Möglichkeit, das Krankengeld dann zu versagen, wenn der Versicherte, der einen Anspruch nach dem Lohnfortzahlungsgesetz gegen seinen Arbeitgeber hat, diesen Anspruch dadurch verwirkt, daß er die ihm aus dem Lohnfortzahlungsgesetz obliegenden Verpflichtungen durch eigenes Verschulden nicht erfüllt.

Absatz 2

Die Vorschrift will vermeiden, daß die Verwaltung denselben Sachverhalt anders beurteilt als das zur strafrechtlichen Entscheidung berufene Gericht. In

vielen Fällen wird die Kasse auch nicht in der Lage sein, den strafrechtlichen Gehalt einer Handlung zu beurteilen. Die Kasse hat daher nur die Möglichkeit, das Krankengeld vorläufig bis zu einer Entscheidung über das Strafverfahren zu versagen, wenn der begründete Verdacht besteht, daß einer der in Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe c bezeichneten Versagungsgründe vorliegt.

Zu § 206

Absatz 1

Die Vorschrift schließt an § 187 Nr. 2 RVO an. Genesungskuren dienen der Förderung der Gesundheit nach einer überstandenen schweren Krankheit und sollen den Heilerfolg sichern. Im übrigen gelten die gleichen Überlegungen wie bei den Vorsorgekuren.

Absatz 2

Da es sich um eine Leistung handelt, die in die Zuständigkeit mehrerer Versicherungszweige fallen kann, stellt die Vorschrift klar, daß die Krankenversicherung nur subsidiär eintritt.

Zu § 207

Die Begriffe „Wochenhilfe" und „Wochengeld" werden dem internationalen Sprachgebrauch entsprechend durch die Begriffe „Mutterschaftshilfe" und „Mutterschaftsgeld" ersetzt. Stillgeld ist nicht mehr als besondere Leistung erwähnt, da es in dem Pauschbetrag für die durch die Entbindung entstandenen Aufwendungen aufgegangen ist. Die in § 195 a RVO geforderte Vorversicherungszeit soll grundsätzlich entfallen.

Zu § 208

Die Vorschrift schließt an § 195 a Abs. 1 Nr. 1 RVO an. Dem Gedanken der Vorsorgehilfe folgend, wird auch während der Schwangerschaft ärztliche Betreuung, das sind insbesondere Vorsorgeuntersuchungen, gewährt. Treten während der Schwangerschaft oder während des Wochenbettes Krankheiten auf, so ist ärztliche Behandlung nach den Vorschriften über die Krankenpflege gewährleistet.

Zu § 209

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 210

Die bisherige Abhängigkeit der Auszahlung des Stillgeldes von regelmäßigen Stillbescheinigungen erfordert einen unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand. Auch ist es zweifelhaft, ob durch das bisherige Stillgeld die Bereitschaft der Wöchnerinnen zum Stillen des Kindes tatsächlich gefördert wurde und ob die Voraussetzungen für die Ausstellung der Stillbescheinigung tatsächlich in dem erforderlichen Maße geprüft wurden. Diese Überlegungen führten dazu, das Stillgeld nicht mehr an die Voraussetzung des Stillens zu binden. Es soll daher künftig das bisherige Stillgeld durch einen Pauschbetrag abgegolten und mit dem einmaligen Entbindungskostenbeitrag zusammengefaßt werden.

Zu § 211

Absatz 1

Die Vorschrift ersetzt § 196 RVO. Danach ist die Gewährung der Wöchnerinnenheimpflege dem Ermessen der Krankenkasse überlassen. Nunmehr wird der Versicherten ein Rechtsanspruch auf Gewährung von Anstaltsentbindung eingeräumt. In der Regel wird bei einer normalen Anstaltsentbindung der notwendige Aufenthalt im Entbindungsheim 10 Tage nicht überschreiten. Die Leistung soll daher auf diese Höchstdauer begrenzt werden.

Nach geltendem Recht wird bei Wöchnerinnenheimpflege das Wochengeld einbehalten. Nunmehr wird der Pauschbetrag bei der Anstaltsentbindung um die Hälfte gekürzt.

Satz 2 stellt klar, daß für die Zeit, in der Wöchnerinnenheimpflege gewährt wird, die Gewährung von Krankenhauspflege ausgeschlossen ist. Es gelten also während dieser Zeit, auch bei krankhaftem Verlauf der Entbindung, die Vorschriften der Krankenhauspflege nicht, soweit Absatz 2 nichts anderes bestimmt.

Absatz 2

Für die Pflege in einer Entbindungs- oder Krankenanstalt sollen die Vorschriften für Krankenhauspflege über die Wahl der Anstalt und die Gewährung von Zuschüssen an Stelle der Sachleistung entsprechend gelten.

Zu § 212

Absatz 1

An Stelle des bisherigen Wochengeldes nach der Reichsversicherungsordnung und nach dem Mutterschutzgesetz sieht der Entwurf eine einheitliche Leistung als Ersatz für den Ausfall des Arbeitsentgelts vor, den die versicherungspflichtig Beschäftigte während der Zeit der Beschäftigungsverbote nach dem Mutterschutzgesetz erleidet. Entsprechend der Regelung nach dem Mutterschutzgesetz erhalten das Mutterschaftsgeld auch Hausgehilfinnen, Tagesmädchen und solche Frauen, denen nach § 9 des Mutterschutzgesetzes zulässig gekündigt worden ist. Frauen, die wegen ihrer Schwangerschaft unter Wegfall des Arbeitsentgelts beurlaubt sind (§ 13 Abs. 7 des Mutterschutzgesetzes) stehen in einem Arbeitsverhältnis.

Die für die Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung bisher geforderten Vorversicherungszeiten sollen künftig entfallen. Um jedoch aufgetretene Mängel der Regelung nach dem Mutterschutzgesetz zu beseitigen, sollen die Leistungsvoraussetzungen gegenüber dem geltenden Recht des

Mutterschutzgesetzes geändert werden. Es erweist sich vor allen Dingen eine Bestimmung als notwendig, die verhindert, daß Frauen nach Eintritt der Schwangerschaft nur deswegen ein Arbeitsverhältnis eingehen, um in den Genuß der hohen Mutterschaftsleistungen zu kommen.

Absatz 2

Das Mutterschaftsgeld soll, wie bisher das Wochengeld nach dem Mutterschutzgesetz, in Höhe des Nettoarbeitsentgelts gewährt werden. Für die Berechnung und Zahlung des Mutterschaftsgeldes gelten die Vorschriften über die Berechnung und Zahlung des Krankengeldes. Wegen der Zahlung des Mutterschaftsgeldes nach Wochentagen muß der tägliche Mindestbetrag erhöht werden.

Absatz 3

regelt die Bezugsdauer des Mutterschaftsgeldes. Um die Vorschrift elastischer zu gestalten, wird darauf verzichtet, die Leistungsdauer für die Zeit vor der Entbindung nach Wochen festzulegen; es wird auf die Zeit verwiesen, in der vor der Entbindung ein Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes besteht. Das sind nach geltendem Recht sechs Wochen. Für die Zeit nach der Entbindung wird es nicht mehr als gerechtfertigt angesehen, zwischen stillenden und nichtstillenden Müttern zu unterscheiden. Die Leistungsdauer nach der Entbindung wird einheitlich auf acht zusammenhängende Wochen erweitert. Die Leistungsdauer nach der Entbindung bei Frühgeburten entspricht dem geltenden Recht.

Für die Berechnung der Bezugszeit und eine etwaige Verlängerung der Bezugsdauer vor der Entbindung regeln Sätze 2 bis 4 das Erforderliche. Diese Vorschriften ersetzten insoweit § 5 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes. Eine Verkürzung der Bezugsdauer ist im Gegensatz zum Mutterschutzgesetz ausgeschlossen.

Zu § 213

Absatz 1

Versicherte, die nach geltendem Recht keine Leistungen nach § 13 Mutterschutzgesetz erhalten, sollen Mutterschaftsgeld für die gleiche Dauer wie die pflichtversicherten Arbeitnehmerinnen in Höhe des Krankengeldes erhalten. Das Mutterschaftsgeld überschreitet damit in der Regel die bisherigen Sätze des Wochengeldes; die Bezugsdauer ist gegenüber dem geltenden Recht verlängert. Für die Leistungsvoraussetzungen, die Berechnung und die Zahlung des Mutterschaftsgeldes gilt das zu § 212 Gesagte.

Absatz 2

Das Mutterschaftsgeld dient vor allem als Ersatz für ausfallendes Einkommen während der Zeit, in der die Wöchnerin aus gesundheitlichen Gründen keinem Einkommenserwerb nachgehen soll. Die hier genannten Versicherten erleiden zwar keinen Einkommensausfall, dennoch scheint es aus sozialpolitischen Erwägungen zweckmäßig, ihnen ein Mutterschaftsgeld als einmalige Leistung zu gewähren.

Zu § 214

Absatz 1

entspricht § 195 a Abs. 4 Satz 1 RVO.

Absatz 2

schließt an § 13 Abs. 4 Mutterschutzgesetz an und entspricht § 202.

Absatz 3

entspricht im wesentlichen § 195 a Abs. 6 RVO. Für beim Tode der Versicherten fällig gewordene Beträge des laufend zu zahlenden Mutterschaftsgeldes sollen die erbrechtlichen Vorschriften gelten.

Zu § 215

Nach geltendem Recht erstattet der Bund den Krankenkassen die Aufwendungen nach dem Mutterschutzgesetz, soweit diese die Leistungen der Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung überschreiten. Es handelt sich dabei um Aufwendungen für Versicherte, die keine Ansprüche auf Wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung, sondern nur Ansprüche nach dem Mutterschutzgesetz haben, sowie um Aufwendungen, die durch die höheren Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz entstehen. Künftig sollen zwar alle Leistungen der Mutterschaftshilfe als Leistungen der Krankenversicherung gewährt werden. Soweit es sich dabei um Barleistungen handelt, die auf Grund des durch das Mutterschutzgesetz ausgesprochenen Beschäftigungsverbotes zu zahlen sind, treten allgemeine gesundheitspolitische Erwägungen in den Vordergrund. Es ist daher folgerichtig, daß der Bund diese Aufwendungen erstattet.

Zu § 216

Absatz 1

Der Entwurf hält im Grundsatz am bisherigen Recht fest. Familienhilfe wird für den Ehegatten und für die Kinder gewährt, soweit sie nicht einen gesetzlichen Anspruch auf entsprechende Leistungen haben. Wegen der Neuregelung der Unterhaltspflicht durch das Gleichberechtigungsgesetz vom 18. Juni 1957 (Bundesgesetzbl. I S. 609) ist der Tatbestand „unterhaltsberechtigter Ehegatte und unterhaltsberechtigte Kinder" für die Bestimmung derjenigen Personen, für die dem Versicherten Familienhilfe zusteht, nicht mehr verwendbar. Die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat zwar versucht, eine sinnvolle Auslegung dieses Tatbestandes zu finden. Sie ist jedoch zu keinem befriedigenden Ergebnis gekommen. Der Begriff der Unterhaltsberechtigung wird daher nicht mehr verwendet. An seiner Stelle wird gefordert, daß das Einkommen des Ehegatten 375 DM monatlich nicht übersteigt. Hierdurch soll verhindert werden, daß für Ehegatten Familienhilfe gewährt

wird, die selbst ein zum Unterhalt ausreichendes Einkommen beziehen. Diese Personen können selbst für den Krankheitsfall Vorsorge treffen. Da die Unterhaltsberechtigung der Kinder sich im gleichen Umfange gegen beide Elternteile richtet, muß eine ähnliche Regelung wie für den Ehegatten vorgesehen werden. Man kann davon ausgehen, daß ein Bedürfnis nach Familienhilfe für Kinder dann nicht besteht, wenn der andere Ehegatte nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist und ein über der Versicherungspflichtgrenze liegendes Einkommen bezieht. Sofern beide Ehegatten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, besteht für beide Anspruch auf Familienhilfe für die Kinder. Doppelansprüche sind in diesen Fällen durch § 225 Abs. 2 ausgeschlossen.

Absätze 2 und 3

Der Kinderbegriff ist, soweit es zweckmäßig erscheint, dem der Rentenversicherung angeglichen. Abweichungen bei Stief- und Pflegekindern ergeben sich daraus, daß es in der Krankenversicherung darauf ankommt, ob der Versicherte für den Unterhalt der Stief- und Pflegekinder überwiegend sorgt. Für Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres und, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder wenn sie infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, soll künftig ein Rechtsanspruch auf Familienhilfe bestehen, ohne daß es dafür einer Satzungsbestimmung bedarf. Die nach geltendem Recht bestehende Voraussetzung, daß die Familienhilfe nur dann gewährt wird, wenn Ehegatten und Kinder sich gewöhnlich im Inland aufhalten, wird fallen gelassen. Über die Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt der Familienangehörigen bestimmen die §§ 227 ff. Entsprechend § 2 Abs. 2 Satz 2 des Entwurfs eines Bundeskindergeldgesetzes wird in Satz 2 die Regelung übernommen, die nach § 559 b Abs. 3 Satz 2 RVO für die Kinderzulage in der Unfallversicherung gilt.

Absatz 4

Soweit für sonstige Angehörige, die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihm überwiegend unterhalten werden, ein Bedürfnis besteht, sie in die Familienhilfe einzubeziehen, soll wie bisher der Satzung diese Möglichkeit überlassen bleiben. Im Gegensatz zum geltenden Recht wird aber Familienhilfe für sonstige Angehörige nur dann gewährt, wenn der Versicherte die Erstreckung seiner Versicherung auf diese Angehörigen beantragt hat. Satz 3 entspricht der Regelung, die für den Beitritt Versicherungsberechtigter nach § 172 Abs. 2 Satz 3 vorgesehen ist. Die Vorschrift dient dem Schutz der Versichertengemeinschaft gegen unzumutbare Risiken.

Zu § 217

Absätze 1 und 2

Im Interesse einer umfassenden Krankheitsfürsorge auch für Angehörige sollen künftig die Sachleistungen der Familienhilfe grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen und im gleichen Umfange wie für Versicherte gewährt werden.

Absatz 3

Bei Krankheit, Mutterschaft oder Kuraufenthalt der Ehefrau ergeben sich vielfach Schwierigkeiten für den Familienhaushalt, wenn nicht durch Verwandtschafts- oder Nachbarschaftshilfe Vorsorge getroffen werden kann. Häufig können deswegen notwendige Genesungs- oder Heilmaßnahmen nicht durchgeführt werden. Dieser Mangel soll künftig dadurch beseitigt werden, daß die Kasse dem Versicherten zu den Kosten einer notwendigen Hauspflege einen Zuschuß gewähren kann. Ein Bedürfnis für diese Leistung besteht jedoch nur, wenn im Haushalt des Versicherten ein dem schulpflichtigen Alter noch nicht entwachsenes Kind oder ein pflegebedürftiger Familienangehöriger lebt und wenn durch Verwandtschafts- oder Nachbarschaftshilfe die Weiterführung des Haushalts nicht sichergestellt werden kann.

Im übrigen gelten für diese Leistung ähnliche Überlegungen wie für die häusliche Krankenpflege.

Zu § 218

Absatz 1

Auch für die Angehörigen soll künftig Vorsorgehilfe gewährt werden. Bei Vorsorgekuren kann jedoch nicht darauf abgestellt werden, daß in absehbarer Zeit Arbeitsunfähigkeit zu befürchten ist, weil die Angehörigen in der Regel keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Daher wird darauf abgestellt, ob der Angehörige seine bisherige Tätigkeit in absehbarer Zeit nicht mehr ausüben kann. Dabei ist insbesondere an die Hausfrau gedacht, wenn deren Gesundheitszustand befürchten läßt, daß sie ihre bisherige Tätigkeit im Haushalt nicht mehr ausüben kann. Bei Kindern kann die Vorsorgekur gewährt werden, wenn diese zur Behebung von Entwicklungsstörungen angezeigt erscheint. Dadurch sind den Kassen Möglichkeiten gegeben, in sinnvollem Umfange Vorsorgekuren zu gewähren.

Absatz 2

Aus den gleichen Erwägungen, die für § 213 Abs. 2 gelten, soll in der Mutterschaftshilfe für Familienangehörige ein Mutterschaftsgeld als einmalige Leistung gewährt werden.

Absatz 3

Die Vorschrift dient der Klarstellung. Um zu verhindern, daß bei der Krankenhauspflege von Familienangehörigen auf den Krankengeldbezug des Versicherten abgestellt wird, ist ausdrücklich gesagt, daß § 195 in der Familienhilfe keine Anwendung findet.

Zu § 219

Absatz 1

Das nach geltendem Recht gewährte Mindeststerbegeld und das Sterbegeld für Versicherte mit niedrigem Grundlohn reicht in der Regel nicht aus, die

Bestattungskosten zu decken. Daher sieht der Entwurf ein Mindeststerbegeld von 400 DM vor. Im übrigen soll das Sterbegeld als Regelleistung in Höhe des letzten Monatseinkommens, bis höchstens 750 DM gewährt werden. Das entspricht dem 30-fachen des Grundlohns und übertrifft die bisherige Regelleistung beträchtlich. Darüber hinaus soll die Möglichkeit bestehen, daß die Satzung das Sterbegeld als Mehrleistung bis zum Eineinhalbfachen der Beitragsbemessungsgrenze — d. s. 750 DM + 375 DM = 1125 DM —erhöhen kann.

Absatz 2

entspricht weitgehend § 203 RVO. Es wird als selbstverständlich unterstellt und daher darauf verzichtet, ausdrücklich zu bestimmen, daß derjenige, der aus besonderer Rechtspflicht zur Tragung der Bestattungskosten verpflichtet ist (z. B. die Bundeswehr für Soldaten), nicht Besorger im Sinne dieser Vorschrift ist.

Zu § 220

Die Vorschrift schließt an § 205 b RVO an und stellt auf die Voraussetzungen der Gewährung von Familienhilfe ab. Hierdurch wird die bisher mögliche kumulative Gewährung von Sterbegeld und Familiensterbegeld ausgeschlossen. Der Doppelbezug von Familiensterbegeld wird durch § 225 Abs. 2 ausgeschlossen.

Da beim Tode von Kindern die Aufwendungen für die Bestattung geringer sind als beim Tode von Erwachsenen, sieht der Entwurf vor, daß das Sterbegeld für Kinder die Hälfte des Sterbegeldes für Erwachsene beträgt.

Zu § 221

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 206, 207 und 310 Abs. 2 RVO). Im Interesse einer einheitlichen Handhabung bei allen Kassen wird die Wartezeit für Leistungen der Versicherungsberechtigten im Gesetz festgelegt. § 209 RVO ist entbehrlich, da für die Leistungsgewährung keine Vorversicherungszeiten mehr gefordert werden.

Zu § 222

Die Vorschrift schließt an § 210 RVO an.

Zu § 223

Die Vorschrift entspricht § 211 RVO. In dieser und in den folgenden Vorschriften ist an die Stelle des Begriffs „Versicherungsfall" der Begriff „Leistungsfall" getreten. Die frühere strenge Auffassung von der Einheitlichkeit des Versicherungsfalls, der alle Ansprüche des Versicherten, die sich aus der Krankheit ergeben können, erfaßte, ist von der Rechtsprechung bereits weitgehend aufgegeben worden (vgl. BSG 5, 286). Der vorliegende Entwurf verselbständigt die Leistungsarten mehr als bisher und regelt für jede Leistungsart deren Voraussetzung und Dauer. Es soll nunmehr der Begriff des einheitlichen Versicherungsfalles ganz aufgegeben und künftig auf den Eintritt des Leistungsfalles abgestellt werden.

Zu § 224

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 212 Abs. 1 RVO. Sie erhält zur Klarstellung eine neue Fassung und bestimmt ausdrücklich, wie bei einmaligen Leistungen zu verfahren ist.

§ 212 Abs. 2 RVO ist seit der Aufhebung des § 208 RVO obsolet.

Zu § 225

Absatz 1

ist notwendig, weil Krankenhauspflege nicht mehr Ersatzleistung für Krankengeld ist. Durch das Abstellen auf die Zeiten des tatsächlichen Bezuges der genannten Leistungen ist sichergestellt, daß Zeiten, für die der Leistungsanspruch sich aus der Versichertenkrankenhilfe herleitet, und Zeiten, für die sich der Leistungsanspruch aus der Familienkrankenhilfe herleitet, zusammenzurechnen sind.

Absatz 2

Die Vorschrift soll Doppelansprüche auf Familienhilfe und auf Sterbegeld ausschließen. Sie entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht.

Absatz 3

Die vorgesehene Neufassung des § 1504 Abs. 1 RVO durch den Entwurf des Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes (BT-Drucks. IV/120) und die Einbeziehung der Zuschüsse zu Zahnersatz und Hilfsmitteln in die Krankenpflege (§ 184) machen es erforderlich, Zahnersatz und Hilfsmittel, die infolge eines Arbeitsunfalles erforderlich werden, von der Leistungspflicht der Krankenversicherung auszunehmen und sie der Unfallversicherung zuzuweisen. Entsprechendes gilt für Zahnersatz und Hilfsmittel, die wegen anerkannter Schädigungsfolgen im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes erforderlich sind.

Zu § 226

Absätze 1 und 2

Die Vorschriften schließen an § 215 RVO an. Da Krankengeld Lohnersatzfunktion hat, kann diese Leistung freiwillig Versicherten nur dann gewährt werden, wenn sie bei Arbeitsunfähigkeit einen Einkommensausfall haben. Eine Beitragskürzung ist deswegen nicht vorgesehen, weil der Entwurf keine unterschiedlichen Beitragssätze für Versicherte mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen und Versicherte ohne einen solchen Anspruch kennt.

Absatz 3

Freiwillig Versicherte, die eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, sollen so behandelt werden

wie Beschäftigte, die bei Arbeitsunfähigkeit Entgelt fortgezahlt erhalten. Daher ruht für sie gleichfalls der Krankengeldanspruch für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit.

Zu § 227

Die Vorschrift schließt an §§ 209 a und 216 Abs. 1 und 2 RVO an.

Absatz 1

Nr. 1

Diese Vorschrift stellt klar, daß die Leistungen der Versicherung ruhen, wenn die Erbringung der Leistungen wegen des Aufenthaltes des Versicherten außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes unmöglich wird. Über die Leistungsgewährung bei vorübergehendem Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes bestimmen die folgenden Paragraphen.

Nr. 2

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Nr. 3

Als Tatbestand für das Ruhen der Leistungen ist die Unterbringung in einer Fürsorgeerziehungsanstalt fortgelassen worden, weil Maßnahmen der Fürsorgeerziehung ein Arbeitsverhältnis im versicherungsrechtlichen Sinne nicht mehr ausschließen.

Nr. 4

Die Vorschrift wird auf alle Versicherten ausgedehnt, weil der Tatbestand auch für solche, die nicht Rentenbezieher sind, zutreffen kann und die Leistungsgewährung durch die Krankenkasse sich erübrigt, wenn im Rahmen der Betreuung in der Anstalt Krankenpflege gewährt wird. Dagegen scheint es nicht gerechtfertigt, auch Leistungen für Krankheiten auszuschließen, die nicht Anlaß der Anstaltsunterbringung sind.

Nr. 5

Die Leistungen der Versicherung sollen auch ruhen, wenn die Unterbringung des Versicherten in einem Krankenhaus oder in einer ähnlchen Anstalt — in Betracht kommen insbesondere Heilanstalten — aus übergeordneten Gesichtspunkten der öffentlichen Sicherheit und Ordnung durch richterliche Entscheidung verfügt wird. Da das öffentliche Interesse im Vordergrund steht, erfaßt die Vorschrift nicht solche vormundschaftsgerichtlichen Entscheidungen, die den Vormund ermächtigen, das Mündel in eine geschlossene Anstalt unterzubringen.

Daß allgemeine gesundheitsrechtliche Vorschriften (z. B. des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten oder des Bundesseuchengesetzes) nicht von der Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung berührt werden, braucht im Gesetz nicht ausdrücklich betont zu werden. Von einem Hinweis wird daher abgesehen.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Absatz 3

Aus rechtssystematischen Gründen wird das Ruhen der Leistungen der Familienhilfe in dieser Vorschrift gesondert geregelt.

Zu § 228

Absätze 1 bis 3

Hält sich der Versicherte oder ein Angehöriger, für den ihm Familienhilfe zusteht, außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes auf, so kann die Kasse Sachleistungen nicht gewähren. Bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland scheint es aber nicht gerechtfertigt, jeglichen Versicherungsschutz zu versagen. Es soll dem Versicherten wenigstens ein Ersatz für die unmöglich gewordene Leistung gewährt werden. Die Ersatzleistung besteht darin, daß für Krankenpflege und für Krankenhauspflege die Kosten ersetzt werden, die im Inland entstanden wären. Da die Krankenkasse keine Möglichkeit hat, die Voraussetzungen für die Gewährung von Krankengeld im Ausland zu prüfen, soll für den Regelfall Krankengeld bei Aufenthalt im Ausland nicht gewährt werden. Sofern die Krankenkasse es in besonderen Fällen für angezeigt hält oder der Versicherte mit ihrer Zustimmung nach Eintritt des Leistungsfalles den Geltungsbereich dieses Gesetzes verläßt, soll sie die Möglichkeit haben, Krankengeld zu gewähren.

Absatz 4

Bei Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes können die deutschen Auslandsvertretungen dem Versicherten die für Krankenhilfe notwendigen Kosten vorschußweise aus amtlichen Mitteln zur Verfügung stellen. Sofern dies geschieht, soll der Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse auf den Bund übergehen.

Zu § 229

Die Vorschrift entspricht § 218 RVO und regelt das Notwendige für die Mutterschaftshilfe, wenn sich die Versicherte oder Angehörige von Versicherten nach Eintritt der Schwangerschaft vorübergehend außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes aufhalten.

Zu § 230

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht § 221 RVO.

Absatz 2

Die Vorschrift schließt an § 222 RVO an. An Stelle der Pauschalabgeltung sollen künftig die nachgewiesenen Aufwendungen bis zur Höhe des Betrages erstattet werden, der für die Krankenhilfe im Gel-

tungsbereich dieses Gesetzes entstanden wäre. Schwierigkeiten können sich hieraus nicht ergeben, da bei der ärztlichen Behandlung die Einzelleistungshonorierung vorgesehen ist.

Vorschriften über Leistungsaushilfe bei Aufenthalt außerhalb des Kassenbezirkes sind nicht mehr vorgesehen, da die Honorierung nach Einzelleistungen bei der ärztlichen Behandlung diese Vorschriften entbehrlich macht. Der Versicherte ist jederzeit in der Lage, die Leistungen bei seiner Krankenkasse schriftlich zu beantragen. In besonderen Fällen kann er den Antrag auch bei jeder Kasse seines Aufenthaltsortes stellen. Die angegangene Kasse wird dann im Wege der Amtshilfe für die zuständige Kasse tätig. Andererseits kann die zuständige Kasse mit der Leistungsgewährung eine örtliche Kasse beauftragen, ohne daß es dafür einer besonderen Vorschrift bedarf.

Zu § 231

Absatz 1

Die Vorschrift ist neu; sie dient der Klarstellung.

Absatz 2

Die Vorschrift ersetzt § 214 RVO. Sie soll für alle Versicherten gelten, die wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses aus der Versicherungspflicht ausscheiden. Es kommt nicht darauf an, warum das Arbeitsverhältnis beendet wird. Die bisher vorgesehenen Vorversicherungszeiten werden künftig nicht mehr gefordert. Die Gewährung von Leistungen wird auf die Dauer von einem Monat nach dem Ausscheiden begrenzt, weil die in Betracht kommenden Personen sich innerhalb dieser Frist freiwillig weiterversichern können.

Zu § 232

Die Vorschrift entspricht § 213 RVO. Die Neufassung dient der Klarstellung.

Zu § 233

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 223 RVO; Absätze 1 und 2 werden den bürgerlich-rechtlichen Vorschriften angepaßt.

Absatz 3

Die Vorschrift erweitert die Aufrechnungsmöglichkeit auf alle Sozialversicherungsbeiträge, die die Krankenkasse einzuziehen hat. Diese Erweiterung ist wegen des gemeinsamen Beitragseinzuges durch die Krankenkassen notwendig.

Zu § 234

Der Entwurf hält an der gegliederten Krankenversicherung fest, die sich nach überwiegender Auffassung in der Vergangenheit bewährt hat. Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind wie bisher

die Ortskrankenkassen,

die Landkrankenkassen,

die Betriebskrankenkassen,

die Innnungskrankenkassen.

Neu aufgenommen werden in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen (§ 225 RVO)

die See-Krankenkasse,

die Knappschaften und

die Ersatzkassen.

Die See-Krankenversicherung wird nach geltendem Recht von der Seekasse in einer besonderen Abteilung unter dem Namen „See-Krankenkasse" durchgeführt (vgl. §§ 476 ff. RVO). Auch die See-Krankenkasse soll nach dem Entwurf künftig gesetzliche Krankenkasse sein. Entsprechend dem jetzigen Rechtszustand führt der Katalog auch die Knappschaften als Träger der Krankenversicherung auf. Hinsichtlich der Ersatzkassen wird damit eine Entwicklung abgeschlossen, die durch das Aufbaugesetz und die Zwölfte und Fünfzehnte Aufbauverordnung vom 24. Dezember 1935 und 1. April 1937 (Reichsgesetzbl. 1935 I S. 1537 und 1937 I S. 439) eingeleitet worden ist. Durch diese Vorschriften wurden die Ersatzkassen im wesentlichen in die Reichsversicherungsordnung eingegliedert und damit Träger der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu § 235

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 226 RVO. Da „besondere Ortskrankenkassen" künftig nicht mehr vorgesehen sind, kann die Hinzufügung „Allgemeine" bei den Ortskrankenkassen unterbleiben. Der Entwurf geht davon aus, daß in der Bundesrepublik ein Netz von Ortskrankenkassen bestehen soll, das lückenlos das gesamte Bundesgebiet überzieht. In der Regel soll für den Bezirk kreisfreier Städte oder Landkreise eine Ortskrankenkasse bestehen. Diese Abgrenzung kann jedoch verwaltungsmäßig und organisatorisch unzweckmäßig sein. Erfahrungsgemäß ist für jede Krankenkasse eine bestimmte Größe für Verwaltung und Organisation optimal. Eine Entscheidung darüber, wie groß der Bezirk einer Ortskrankenkasse sein soll, kann im Einzelfall nur von der Stelle getroffen werden, die die örtlichen Verhältnisse kennt. Das ist die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. In Absatz 3 ist daher vorgesehen, daß diese Behörde die Errichtung nur einer Ortskrankenkasse für die Bezirke mehrerer kreisfreier Städte oder Landkreise anordnen kann. Um die jeweilige Größe einer Ortskrankenkasse den Veränderungen in den tatsächlichen Verhältnissen (z. B. Änderung der Bevölkerungsstruktur, Änderung der unteren Verwaltungsbezirke, Änderung in der Wirtschaftsstruktur und der Bevölkerungsbewegung vom Land zu den Städten und umgekehrt) anpassen zu können, ist die Änderung oder der Widerruf einer solchen Anordnung vorgesehen. Auf diese Weise wird künftig auch die Teilung sogenannter Mammutkassen möglich sein, soweit sie ihrer Größe

nach die optimalen Grenzen überschritten haben. Wegen der Bedeutung einer solchen Entscheidung sieht der Entwurf eine Delegation der Ermächtigung von der obersten Verwaltungsbehörde auf eine „beauftragte Stelle" nicht vor.

Aus der Bestimmung des Absatzes 3 ergibt sich zugleich, daß Ortskrankenkassen keine bundesunmittelbaren, sondern in aller Regel landesunmittelbare Versicherungsträger sind. Zur Zeit besteht eine bundesunmittelbare Ortskrankenkasse („Bremerhaven und Wesermünde").

Zu § 236

Absatz 1

Wie nach geltendem Recht (§ 231 RVO), ist die Errichtung von Ortskrankenkassen der Initiative des Gemeindeverbandes oder der beteiligten Gemeindeverbände überlassen.

Absatz 2

sieht eine Ersatzvornahme durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes vor, wenn eine Ortskrankenkasse nicht in angemessener Frist errichtet wird. Eine solche Bestimmung ist im Interesse einer geordneten Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung schon mit Rücksicht auf die grundsätzliche Zuständigkeit der Ortskrankenkassen (§ 270) notwendig. Anders als nach geltendem Recht (§ 232 RVO) ordnet jedoch die zuständige Behörde nicht die Errichtung an, sondern errichtet selbst die Kasse. Das entspricht dem Wesen der Ersatzvornahme und stellt sicher, daß eine Ortskrankenkasse ohne nachteilige Verzögerung für die Versicherten ins Leben tritt.

Zu § 237

Die Errichtung von Ortskrankenkassen ist zwingend vorgeschrieben. Für jeden Bezirk muß daher eine Ortskrankenkasse bestehen (vgl. Artikel 3 § 13). Eine Auflösung von Ortskrankenkassen ist nicht möglich und auch im Entwurf nicht vorgesehen. Gleichwohl können Ortskrankenkassen in Schwierigkeiten geraten, weil der zu versorgende Personenkreis mit seinen Beiträgen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Kasse nicht sichern kann, selbst wenn ein Beitrag in Höhe von 10 v. H. der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben werden würde. Um die Leistungsfähigkeit zu sichern und die in § 329 Abs. 2 vorgesehenen Maßnahmen abzuwenden, soll daher eine Vereinigung mit einer anderen, leistungsfähigeren Ortskrankenkasse möglich sein. Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit stellt der Entwurf auf den subjektiven Eindruck der diesen Tatbestand prüfenden Behörde ab.

Zu § 238

Absätze 1 und 2

Die Aufrechterhaltung der Landkrankenkassen als besondere Kassenart erscheint wegen der Eigenart der für diese Kassen in Betracht kommenden versicherten Personen geboten. Die Landkrankenkassen sollen wie die Ortskrankenkassen Bezirkskrankenkassen sein. Sie werden für örtliche Bezirke errichtet und werden innerhalb dieser Bezirke tätig. Wegen der unterschiedlichen örtlichen Verhältnisse wäre es jedoch unzweckmäßig, für bestimmte Bezirke die Errichtung einer Landkrankenkasse gesetzlich vorzuschreiben. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes soll deshalb anordnen können, für welche Bezirke Landkrankenkassen zu errichten sind, welche Bezirke für eine Landkrankenkasse zusammenzufassen sind bzw. ob die Errichtung für gewisse Bezirke völlig unterbleiben kann.

Absatz 3

soll sicherstellen, daß beim Vorliegen bestimmter Voraussetzungen eine Landkrankenkasse errichtet wird.

Um den Bestand einer zu errichtenden Landkrankenkasse sicherzustellen, sollen mindestens 2500 für die Landkrankenkasse in Betracht kommende Versicherungspflichtige in einem Gebiet vorhanden sein, für das die Landkrankenkasse zu errichten ist.

Zu § 239

Absätze 1 und 2

Für die Errichtung von Landkrankenkassen gelten die gleichen Grundsätze, wie sie in § 236 niedergelegt sind.

Absatz 3

stellt sicher, daß der Bestand einer Ortskrankenkasse durch die Errichtung einer Landkrankenkasse nicht gefährdet wird.

Zu § 240

Absatz 1

Zu den Gründen, die bei Ortskrankenkassen eine Vereinigung zur Folge haben (§ 237), tritt bei Landkrankenkassen der in Absatz 1 Nr. 1 beschriebene Fall des Absinkens der Mitgliederzahl hinzu. Eine geringere Zahl als 1000 Mitglieder birgt bei einer Bezirkskasse die Gefahr in sich, daß die Leistungsfähigkeit nicht erhalten bleibt. Außerdem erscheint bei einer geringeren Mitgliederzahl als 1000 ein Bedürfnis für das Weiterbestehen einer besonderen Bezirkskasse nicht gegeben.

Absatz 2

Ist eine Vereinigung nicht möglich, weil z. B. eine Landkrankenkassen nicht besteht, mit der die notleidende Landkrankenkasse vereinigt werden könnte, wird die Kasse geschlossen. Im Gegensatz zu den Ortskrankenkassen besteht kein zwingendes Bedürfnis für die Erhaltung der Landkrankenkasse. Wegen der Bedeutung der Bezirkskassen für die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung

erscheint es notwendig und zweckmäßig, die Vereinigung durch die zuständige oberste Verwaltungsbehörde anordnen zu lassen.

Zu § 241

Betriebskrankenkassen können nach dem Entwurf auch weiterhin neu errichtet werden.

Absatz 1

entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 245 Abs. 1, §§ 246, 247 RVO). Für die Errichtung landwirtschaftlicher Betriebskrankenkassen oder Binnenschiffahrts-Betriebskrankenkassen ist eine geringere Mindestzahl nicht mehr vorgesehen. Diese Kassen können daher unter den gleichen Voraussetzungen errichtet werden wie die gewerblichen Betriebskrankenkassen. Damit entfällt auch die Notwendigkeit, § 249 a der Reichsversicherungsordnung beizubehalten, der ohnedies im Widerspruch zu § 245 Abs. 1 Satz 1 und 2 RVO steht.

Absatz 2

entspricht sachlich dem § 245 Abs. 1 Satz 3 RVO. Die Neufassung der Vorschrift trägt dem föderalistischen Aufbau der Bundesrepublik Rechnung. Absatz 2 bringt zugleich eine Neuerung insoweit, als künftig die Errichtung einer Betriebskrankenkasse auch für Betriebe verschiedener Arbeitgeber zugelassen werden kann, wenn diese Betriebe organisatorisch und wirtschaftlich eine Einheit bilden. Die Rechtssicherheit erfordert es grundsätzlich bei Errichtung von Betriebskrankenkassen, auf die juristische Einheit des Arbeitgebers abzustellen. Hieraus können aber im Einzelfall unzweckmäßige Ergebnisse entstehen, wenn verschiedenartige Rechtsformen, unter der zwei Betriebe stehen, auf betrieblichen Zweckmäßigkeitserwägungen beruhen. Die Verflechtung auf organisatorischem und wirtschaftlichem Gebiet solcher Betriebe kann es angezeigt erscheinen lassen, hierfür eine gemeinsame Betriebskrankenkasse zu errichten. Da die Vorschrift als Ausnahmevorschrift eng auszulegen ist, gewährleistet sie, daß die allgemeinen Errichtungsvorschriften nicht umgangen werden können.

Absatz 3

schließt an § 362 Abs. 1 RVO an. Da auch die Betriebskrankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, die hoheitliche Aufgaben zu erfüllen haben, erscheint es im Hinblick auf Artikel 33 Abs. 4 des Grundgesetzes nicht mehr zulässig, daß die für die Führung der Geschäfte erforderlichen Bediensteten durch Privatdienstvertrag vom Arbeitgeber bestellt werden. Für die öffentlichen Verwaltungen gilt dieses Bedenken gegen die bisherige Regelung nicht.

Absatz 4

entspricht sachlich dem § 245 Abs. 2 RVO.

Absatz 5

enthält ein Errichtungsverbot für Betriebskrankenkassen. Die Vorschrift tritt an die Stelle des § 248 RVO. Diese Bestimmung hat insbesondere wegen des unbestimmten Begriffs der Erhaltung der Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen häufig zu Schwierigkeiten im Errichtungsverfahren geführt. An die Stelle dieses unbestimmten Begriffes tritt nunmehr das Erfordernis, daß durch die Errichtung der Betriebskrankenkasse die Zahl der Mitglieder einer der betroffenen Ortskrankenkassen nicht unter 5000 sinken darf.

Zu § 242

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht (§ 270 RVO).

Absatz 2

berücksichtigt die in § 241 Abs. 2 vorgesehene Neuregelung.

Zu § 243

Es erscheint folgerichtig, neben der Errichtung und der Vereinigung von Betriebskrankenkassen auch die Erstreckung einer Betriebskrankenkasse auf weitere Betriebe desselben oder verschiedener Arbeitgeber gesetzlich vorzusehen, wenn der Arbeitgeber oder die beteiligten Arbeitgeber dies verlangen. Der Vorgang der Erstreckung entspricht weitgehend dem der Errichtung einer neuen Betriebskrankenkasse. Daher ist auf die entsprechenden Errichtungsvorschriften verwiesen.

Zu § 244

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht.

Absatz 2

Das Ausscheiden eines Betriebes aus einer gemeinsamen Betriebskrankenkasse ist schon nach geltendem Recht durch Satzungsänderung möglich. Der Entwurf bindet über das geltende Recht hinaus das Ausscheiden an die Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde. Diese Genehmigung kann verweigert werden, wenn durch das Ausscheiden die Mitgliederzahl der Betriebskrankenkasse unter 450 sinkt, oder wenn das Ausscheiden vorwiegend deswegen beantragt wird, weil bei dem ausscheidenden Betrieb die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist als bei den übrigen Betrieben. Hierdurch soll verhindert werden, daß eine Betriebskrankenkasse einen Betrieb mit besonders schlechtem Risiko ausscheidet, um ihn der Ortskrankenkasse anzulasten. Eine Mindestzahl von 450 Mitgliedern erscheint erforderlich, um die Leistungsfähigkeit einer Betriebskrankenkasse zu gewährleisten.

§ 271 RVO erscheint sachlich entbehrlich.

Zu § 245

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 272 RVO. Ein besonderer Antrag des Arbeitgebers, wie er nach geltendem Recht erforderlich ist, erscheint entbehrlich, da der an die Aufsichtsbehörde gerichtete Antrag der Vertreterversammlung notwendigerweise einen Beschluß der Vertreterversammlung voraussetzt, an dem der Arbeitgeber bereits mitgewirkt hat.

Zu § 246

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 273 RVO. In Absatz 1 Nr. 3 bedarf es einer Erwähnung der „zugelassenen" Betriebskrankenkassen (§ 255 RVO) nicht, da der Entwurf solche Kassen nicht mehr vorsieht.

Der Auflockerung der Errichtungsvorschriften entspricht es andererseits — anders als nach geltendem Recht —, die Schließung einer Betriebskrankenkasse vorzusehen, wenn die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres unter 150 sinkt. Wegen der z. Z. bestehenden Betriebskrankenkassen mit geringerem Mitgliederbestand ist in den Überleitungsvorschriften eine Ausnahmeregelung vorgesehen.

Zu § 247

Die §§ 247 bis 251 entsprechen inhaltlich weitgehend dem geltenden Recht (§ 250 Abs. 1 und § 251 RVO). Sie sind in ihrer Terminologie der Neuregelung des Handwerksrecht nach der Handwerksordnung vom 17. September 1953 (BGBl. I S. 1411) und, soweit nicht strukturelle Eigenarten Abweichungen verlangen, den Vorschriften für die Betriebskrankenkassen angepaßt, so daß auf die dort gebrachten Ausführungen verwiesen werden kann.

Absatz 3

ermöglicht den Anschluß einer Innung an eine bestehende Innungskrankenkasse, dessen Zulässigkeit nach geltendem Recht zweifelhaft ist. Der Entwurf folgt damit einer Rechtsentwicklung, wie sie durch die Urteile des Bundessozialgerichts vom 29. April 1958 (3 RK 50/56 und 9/57) eingeleitet wurde.

Zu § 248

Die Vorschrift entspricht unter Berücksichtigung der Neuregelung des Handwerksrecht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 276 RVO).

Zu § 249

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen Rechtszustand, der allerdings im Gesetz nicht ausdrücklich normiert ist; vgl. auch Begründung zu § 244 Abs. 2.

Zu § 250

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 278 RVO.

Zu § 251

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 279 RVO.

Zu § 252

Nach geltendem Recht ist die See-Krankenkasse eine Abteilung der Seekasse (§ 476 RVO). Die See-Krankenkasse soll künftig ebenso wie die Seekasse eine selbständige Körperschaft des öffentlichen Rechts bei Organidentität mit den Organen der Seekasse werden. Die Geschäftsführung der Seekasse soll zugleich auch die Geschäfte der See-Krankenkasse führen.

Zu § 253

Die Vorschrift bezeichnet ausdrücklich auch die Knappschaften als Träger der Krankenversicherung. Dies soll sicherstellen, daß Versicherungszeiten, die bei der knappschaftlichen Krankenversicherung zurückgelegt wurden, auch nach dem Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung (vgl. § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5) berücksichtigt werden.

Zu § 254

Absatz 1

Der Entwurf geht bei der Regelung des Ersatzkassenrechts davon aus, daß diese Kassen voll in den Kreis der gesetzlichen Krankenkassen einbezogen werden. Die für diese Kassen geltenden Bestimmungen schließen daher unmittelbar an die Vorschriften für die anderen gesetzlichen Krankenkassen an. Die nach geltendem Recht vorgesehene entsprechende Anwendung von Vorschriften des Gesetzes über die Beaufsichtigung der privaten Versicherungsunternehmungen und Bausparkassen vom 6. Juni 1931 (RGBl. I S. 315) in der Fassung vom 5. März 1937 (RGBl. I S. 269) entfällt. Eine Neuerrichtung von Ersatzkassen ist wie schon nach geltendem Recht nicht zulässig, weil ein Bedürfnis hierfür nicht bejaht werden kann. Die bestehenden Ersatzkassen sollen jedoch erhalten bleiben, soweit sie beim voraussichtlichen Inkrafttreten der im Entwurf vorgesehenen Regelung „tätig" sind. Damit wird klargestellt, daß Ersatzkassen, die de facto seit 1945 stillgelegt sind, wie z. B. die Sudetendeutsche Angestelltenersatzkasse, nicht mehr zu den Ersatzkassen zählen.

Absätze 2 und 3

Hinsichtlich des Mitgliederkreises verbleibt es grundsätzlich bei dem Stand, wie er durch die beim voraussichtlichen Inkrafttreten der vorgesehenen Regelung geltenden Satzungen festgelegt ist. Die Entwicklung auf wirtschaftlichem Gebiet bringt es aber mit sich, daß sich Berufsbilder wandeln oder durch ähnliche Berufsbilder abgelöst werden. Außerdem kann der Bezirk einer Ersatzkasse den tatsächlichen Verhältnissen dann nicht mehr entsprechen oder der erforderliche Risikoausgleich nicht mehr gewährleistet sein, wenn Mitglieder infolge

der wirtschaftlichen Entwicklung abwandern oder sich die Zusammensetzung des Mitgliederkreises aus anderen Gründen ändert. Diesen möglichen Veränderungen soll dadurch Rechnung getragen werden, daß eine Änderung des Mitgliederkreises und des Bezirkes einer Ersatzkasse zugelassen werden kann. Erforderliche Änderungen sollen im Wege einer Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates zugelassen werden.

Absatz 4

Anders als bei den übrigen gesetzlichen Krankenkassen ist die Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse auch bei versicherungspflichtigen Mitgliedern vom freien Willen der Betroffenen abhängig. Da mithin die Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse nicht kraft Gesetzes eintritt, bedürfen die Ersatzkassen zur laufenden Ergänzung ihres Mitgliederkreises der Werbung. Unter Anerkennung dieses Bedürfnisses wird aber mit Rücksicht auf die Stellung der Ersatzkassen als öffenlich-rechtliche Versicherungsträger vorgeschrieben, daß diese Werbung nicht den Zielen und Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen darf.

Zu § 255

Ebenso wie Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen können auch Ersatzkassen auf Antrag ihrer Vertreterversammlungen vereinigt oder aufgelöst werden.

Zu § 256

Die Vorschrift bestimmt erschöpfend, unter welchen Voraussetzungen eine Ersatzkasse von Amts wegen geschlossen wird. Da bei einer Ersatzkasse ein Garantieträger nicht vorhanden ist, erscheint es erforderlich, die Mindestzahl der Mitglieder höher festzulegen als bei Betriebs- und Innungskrankenkassen. Der Entwurf hält einen geringeren Mitgliederbestand als 1000 nicht mehr für ausreichend.

Der in Nr. 2 genannte im Interesse einer ordnungsmäßigen Versorgung der Versicherten liegende Schließungsgrund entspricht dem in § 251 Nr. 4, und § 246 Nr. 6 Genannten. Eine besondere Regelung für den Fall des Konkurses einer Ersatzkasse erscheint entbehrlich, da jeder Sozialversicherungsträger konkursfähig ist. Es gelten daher auch insoweit die Vorschriften der Konkursordnung. Ebenso besteht kein Bedürfnis, die Liquidation einer Ersatzkasse abweichend von den Vorschriften zu regeln, die im Entwurf für die Liquidation der übrigen Kassen vorgesehen sind (§§ 267, 268).

Zu § 257

Die §§ 257 bis 260 regeln das Verfahren bei Errichtung, die Vorschrift des § 261 das Verfahren bei Vereinigung und die Vorschriften der §§ 262 bis 269 das Verfahren bei Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen.

Absatz 1

Wie bisher ist die Initiative bei der Errichtung von Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen den Gemeinden oder Landkreisen überlassen. Wegen der Abgrenzung der Bezirke der Kassen ist es notwendig, die Beschlüsse der Gemeinden bzw. Landkreise über Errichtung von Ortskrankenkassen zunächst der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes mitzuteilen. Bei der Errichtung einer Ortskrankenkasse nach § 235 Abs. 3 und einer Landkrankenkasse nach § 238 Abs. 2 muß dem Beschluß über die Errichtung eine Anordnung dieser Behörde vorausgehen.

Absätze 2 und 3

Die Vorlage einer vorläufigen Satzung ist notwendig, um für die Übergangszeit, d. h. bis die Selbstverwaltung von den ihr zustehenden Rechten Gebrauch machen kann, die Funktionsfähigkeit der neuen Kasse zu gewährleisten. Bis zu diesem Zeitpunkt nimmt die Aufsichtsbehörde entweder selbst oder durch Beauftragte die Aufgaben der Selbstverwaltungsorgane wahr (Absatz 3).

Dieses Verfahren ist auch dann vorgesehen, wenn für die Bezirke mehrerer unterer Verwaltungsbehörden eine Krankenkasse besteht und für einen dieser Bezirke eine eigene Ortskrankenkasse gebildet werden soll. Der Entwurf geht in diesem Fall davon aus, daß der gemeinsame Versicherungsträger aufzulösen ist und zwei neue Kassen entstehen.

Zu § 258

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 253 Abs. 1 RVO. Der Aufnahme einer dem § 252 Abs. 1 RVO entsprechenden Vorschrift bedarf es nicht, weil der Antrag stets der entscheidenden Stelle, das ist nach Absatz 1 die Aufsichtsbehörde, zuzuleiten ist. Die Vorschrift, daß die Errichtung durch die zuständige Aufsichtsbehörde zu genehmigen ist, berücksichtigt verfassungsrechtliche Erfordernisse. Damit wird ausgeschlossen, daß die Errichtung bundesunmittelbarer Innungs- oder Betriebskrankenkassen durch Verwaltungsbehörden eines Landes genehmigt wird. Die Anhörung der Ortskrankenkassen (§ 252 Abs. 2 RVO) ist nunmehr in einer besonderen Vorschrift (§ 269) vorgeschrieben.

Absatz 2

entspricht sachlich dem § 273 Abs. 1 Nr. 2 RVO.

Der Vorschrift des § 248 Nr. 2 RVO bedarf es künftig wegen des gesetzlich für alle Kassen vorgeschriebenen Leistungsumfangs nicht mehr. Ebenso ist die Vorschrift des § 249 RVO entbehrlich, da von der dort beschriebenen Befugnis erfahrungsgemäß kaum Gebrauch gemacht wurde. Sie entspricht außerdem nicht mehr den Gegebenheiten der modernen Bauwirtschaft.

Zu § 259

Absätze 1 und 2

Der Errichtung einer Betriebskrankenkasse oder einer Innungskrankenkasse hat regelmäßig eine Abstimmung der betroffenen Arbeitnehmer vorangehen. Bei Errichtung einer Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse ist dagegen eine solche Abstimmung nicht vorgesehen, weil die Errichtung dieser Kassen ausschließlich im öffentlichen Interesse, nicht aber im Interesse einer bestimmten Personengruppe liegen soll. Dem geltenden Recht entsprechend (§ 225 a Abs. 1 RVO), ist für die Errichtung einer Betriebskrankenkasse die Mehrheit der abstimmenden beteiligten volljährigen Arbeitnehmer, bei der Errichtung einer Innungskrankenkasse die Zustimmung der beteiligten Innungsversammlungen und der Gesellenausschüsse erforderlich. Die Einfügung, daß nur die Arbeitnehmer abstimmen dürfen, die der Kasse nach Errichtung angehören müssen, gewährleistet, daß Ersatzkassenmitglieder, die keine Beziehung zu der Betriebskrankenkasse haben werden, an der Abstimmung nicht beteiligt sind. Damit wird ein auf Grund geltenden Rechts bestehender Meinungsstreit beseitigt. Hinsichtlich des Alters der abstimmenden Arbeitnehmer wird nicht auf § 4 Abs. 3 des Selbstverwaltungsgesetzes Bezug genommen. Vielmehr soll an dem Erfordernis der Volljährigkeit festgehalten werden, weil die Abgabe der Abstimmungserklärung zu rechtlich erheblichen Auswirkungen für den Arbeitnehmer führt.

Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, daß die Behörde, die die Abstimmung zu leiten hat, auch dann von der zuständigen Landesregierung bestimmt wird, wenn die neu zu errichtende Kasse ein bundesunmittelbarer Versicherungsträger wird.

Absatz 5

Um das Neuregelungsgesetz von Verfahrensvorschriften zu entlasten, soll die Regelung des Abstimmungsverfahrens einer Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vorbehalten bleiben.

Zu § 260

Um die neu zu errichtende Kasse funktionsfähig zu machen, schreibt Absatz 1 die Vorlage einer vorläufigen Satzung an die zuständige Aufsichtsbehörde vor. Das entspricht dem geltenden Recht (§ 320 RVO). Eine Mitwirkung der Arbeitnehmer erscheint wegen der Vorläufigkeit der im Absatz 1 vorgesehenen Maßnahmen entbehrlich.

Zu § 261

Die Vorschrift behandelt folgende Fälle:

1. Die Durchführung einer angeordneten oder im Gesetz zwingend vorgeschriebenen Vereinigung, wie sie bei den Orts-, Land- und Innungskrankenkassen vorgesehen ist und
2. die Durchführung einer beschlossenen Vereinigung, wie sie bei Betriebs- und Innungskrankenkassen möglich ist.

Absatz 1

Der Entwurf geht davon aus, daß die vereinigten Kassen geschlossen werden, d. h. ihre Rechtsfähigkeit verlieren und eine neue vereinigte Kasse entsteht. Damit werden Schwierigkeiten und Zweifel beseitigt, die sich ergeben würden, wenn eine der Kassen als fortbestehend, die andere als aufgelöst zu betrachten ist. Für die neue Kasse sind daher wie bei einem Errichtungsverfahren, eine vorläufige Satzung zu errichten und der Zeitpunkt zu bestimmen, an dem die neue Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt. Abweichend von § 257 Abs. 3 Satz 2 und § 260 Abs. 2 Satz 2 soll bei der Vereinigung nicht die Aufsichtsbehörde vorläufig die Aufgaben der Organe wahrnehmen. Die zu vereinigenden Kassen haben funktionsfähige Organe, die Vorschläge für die Bestellung der Mitglieder der vorläufigen Organe machen können oder aus denen die Aufsichtsbehörde die Mitglieder der vorläufigen Organe für die neu zu errichtende Kasse auswählen kann. Da die Vereinigung im Falle der §§ 237 und 240 Abs. 1 von Amts wegen und nach § 248 Abs. 2 gesetzlich angeordnet wird, muß für den Fall Vorsorge getroffen werden, daß die zu vereinigenden Kassen sich nicht über die Satzung und die Vorschläge für die Mitglieder der vorläufigen Organe einigen können. Daher ist im Absatz 1 eine Ersatzvornahme durch die Aufsichtsbehörde vorgesehen.

Absatz 2

Eine solche Notwendigkeit ergibt sich nicht bei einer Vereinigung von Krankenkassen, die nach § 242, § 248 Abs. 1 oder § 255 von den beteiligten Kassen beschlossen werden. Hier liegt die Errichtung einer neuen Satzung und die Abgabe der Vorschläge für die Berufung der Mitglieder der vorläufigen Organe vorwiegend im Interesse der beteiligten Kassen, die auch die Vereinigung beschlossen haben. In diesem Fall können daher entsprechende Maßnahmen der beteiligten Kassen abgewartet werden. Eine Ersatzvornahme ist deshalb nicht vorgesehen.

Absatz 3

Die Vorschrift bestimmt ausdrücklich, daß mit der Aufnahme der Tätigkeit der neuen Kasse die bisherigen Kassen geschlossen sind und daß die neue Kasse Rechtsnachfolgerin der alten Kassen in deren Rechte und Pflichten ist. Es handelt sich um eine Rechtsnachfolge kraft Gesetzes mit den Folgen, die sich aus den entsprechenden Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs ergeben (Eigentumsübergang an Grundstücken, Eintritt in die Verträge mit Bediensteten usw.).

Die Regelung etwa notwendiger Besonderheiten für Bedienstete im Falle der Vereinigung, Auflösung usw. muß einer Neuregelung des Dienstrechts vorbehalten bleiben.

Zu § 262

Die Vorschrift regelt entsprechend der durch das Grundgesetz gegebenen Unterscheidung zwischen bundesunmittelbaren und landesunmittelbaren Versicherungsträgern die Zuständigkeit für die Entscheidung über Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Kassen. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist vorgeschrieben, daß in der Entscheidung der Zeitpunkt zu bestimmen ist, zu dem die Organisationsänderung in Kraft tritt. Die Entscheidung hat daher insoweit konstitutive Wirkung.

Zu § 263

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 285 und 298 RVO). Das Vermögen einer Kasse, das letzlich auch aus Beiträgen der ausscheidenden Mitglieder angesammelt wurde, ist anteilmäßig mit zu übertragen, wenn eine ganze Personengruppe zu einer anderen Kasse übergeht. Aus der Fassung ergibt sich, daß eine Auseinandersetzung nicht stattfinden soll, wenn Mitglieder aus anderen Gründen aus einer Kasse ausscheiden (z. B. Einzelausscheiden von Mitgliedern). Nach Absatz 2 kann die Auseinandersetzung unterbleiben, wenn sich die beteiligten Kassen übereinstimmend dafür aussprechen. Damit soll ein Verzicht auf eine Auseinandersetzung ermöglicht werden, wenn z. B. Vermögen nicht vorhanden ist oder wenn von der aufnehmenden Kasse andere Gruppen zu Betriebs- oder Innungskrankenkassen übergehen und die Auseinandersetzung nur einen Vermögensaustausch zur Folge hätte. Absatz 2 letzter Satz soll klarstellen, daß in den Fällen, in denen mehrere Aufsichtsbehörden zuständig sein können, nur die Aufsichtsbehörde der aufnehmenden Kasse über den Antrag entscheidet.

Zu § 264

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden Recht (§ 293 RVO).

Zu § 265

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen den §§ 286 bis 290 RVO. Die Leitung der Auseinandersetzung obliegt der Aufsichtsbehörde. Um die Wünsche der beteiligten Kassen weitgehend zu berücksichtigen, soll die Aufsichtsbehörde eine Vereinbarung zwischen den Kassen ihrer Entscheidung zugrunde legen.

Absatz 2

sieht im Interesse der zu übernehmenden Bediensteten eine Ersatzvornahme durch die Aufsichtsbehörde der übernehmenden Kasse vor, wenn eine Einigung über die Zahl der zu übernehmenden Bediensteten nicht zustande kommt.

Zu § 266

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 290 RVO. Um der späteren Neuregelung des Dienstrechts auch die Klärung des Rechtsstatus der bei den Krankenkassen beschäftigten Personen vorbehalten zu können, wird nicht wie nach altem Recht von „Beamten und Angestellten", sondern allgemein von „Bediensteten" gesprochen.

Zu § 267

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 301 RVO). Eine Mitteilung des Beschlusses nach § 302 RVO erscheint entbehrlich, weil die Beziehungen der Kassen zu den Ärzten, den Apothekern und den Krankenhäusern künftig anders geregelt werden sollen. Die Vorschrift ist bereits nach geltendem Recht praktisch gegenstandslos.

Zu § 268

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 303 Abs. 1 und § 305 Abs. 1 RVO).

Zu § 269

Eine ähnliche Vorschrift ist bereits im geltenden Recht enthalten (§ 252 Abs. 2 RVO). Sie stellt sicher, daß die Interessen der beteiligten Ortskrankenkassen ausreichend gewahrt werden können.

Zu § 270

Im Gegensatz zum geltenden Recht beschränkt der Entwurf den Abschnitt „Verfassung" auf Vorschriften über die Zuständigkeit der Träger der Krankenversicherung, die Mitgliedschaft, die Satzung und die Rechte und Pflichten der Organe. Das im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung im Vierten Abschnitt unter IV geregelte Dienstrecht der Angestellten und Beamten der Kassen (§§ 349 ff. RVO) ist aus rechtssystematischen und rechtspolitischen Gründen in den Entwurf nicht aufgenommen. Für die Vorschriften über die Verwaltung der Mittel und die Rücklage ist im Entwurf wegen des sachlichen Zusammenhangs mit der Aufbringung der Mittel ein gemeinsamer Fünfter Abschnitt vorgesehen Das im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung im Vierten Abschnitt unter VI geregelte Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken und Hebammen ist im Entwurf in einem besonderen Achten und Neunten Abschnitt aufgenommen. Eine weitere Abweichung des Entwurfs vom geltenden Recht besteht darin, daß die Frage nach der Kassenzugehörigkeit der Versicherungspflichtigen und der freiwillig Versicherten im Abschnitt „Verfassung" beantwortet wird, da die äußere Organisation der Versicherungsträger zur Frage, welche Kasse für eine Person zuständig ist, keine unmittelbare Beziehung hat.

Absatz 1

entspricht sachlich dem geltenden Recht (§ 234 Abs. 1 RVO).

Absatz 2

Die bisher auf Grund des Erlasses des Reichsarbeitsministers vom 18. Februar 1942 betr. Durchführung der Krankenversicherung der im Baubetrieb Be-

schäftigten (AN S. 148) für Baubetriebe geltenden Möglichkeit wird aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung auf alle Arbeitgeber ausgedehnt.

Zu § 271

Absatz 1

entspricht dem § 235 Abs. 1 und 2 RVO. Aus Gründen der Rechtssicherheit und der besseren Abgrenzung des Personenkreises wird der in der Landwirtschaft, in der Gärtnerei, im Friedhofsbetrieb, in Park- und Gartenpflege beschäftigte Personenkreis dadurch genauer bestimmt, daß für die Mitgliedschaft in der Landkrankenkasse auf solche Unternehmen abgestellt wird, die von der landwirtschaftlichen Unfallversicherung umfaßt werden (vgl. § 915 RVO und § 773 des Entwurfes eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung — Bundestags-Drucksache IV/120).

Absatz 2

entspricht dem § 237 Abs. 2 RVO.

Zu § 272

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem geltenden Recht (§ 245 Abs. 2 und 3 RVO).

Zu § 273

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 250 Abs. 2 und 4 RVO).

Zu § 274

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 477 RVO. Nummer 1 stellt auf die Besatzungsmitglieder nach dem Seemannsgesetz vom 26. Juli 1957 (BGBl. II S. 713), Nummer 2 auf Seeleute von Beruf ab, die nicht in einem Heuerverhältnis stehen. Im Gegensatz zum geltenden Recht soll Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der See-Krankenkasse nicht mehr die Musterung für eine Fahrt, sondern das Heuerverhältnis sein, weil schon heute das Heuerverhältnis in der Regel nicht für eine Reise, sondern auf unbestimmte Zeit eingegangen wird.

Absatz 2

Um zu vermeiden, daß Seeleute, die auf Kriegs- und Hilfsschiffen der Bundeswehr eingeschifft sind, für diese Zeit aus ihrer berufsständischen Krankenkasse ausscheiden müssen, weist die Vorschrift auch diese Personen der See-Krankenkasse als Mitglieder zu. Für sie gilt die Voraussetzung des Absatzes 1, daß sie bei der See-Berufsgenossenschaft gegen Arbeitsunfall versichert sind, nicht.

Zu § 275

Absatz 1

Liegen die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse vor, dann ist der Versicherungspflichtige kraft Gesetzes von der Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse, Landkrankenkasse, Betriebs- oder Innungskrankenkasse befreit. Wegen der besonderen Verhältnisse der Versicherung der Seeleute und der im Bergbau Beschäftigten ist eine Mitgliedschaft dieser Personen in einer Ersatzkasse nicht zugelassen.

Absatz 2

entspricht im wesentlichen dem § 15 des 1. Einkommensgrenzengesetzes vom 13. August 1952 (BGBl. I S. 437). Gegenüber dem geltenden Recht wird aber klargestellt, daß nicht nur der Verlust der Eigenschaft als Angestellter oder Arbeiter, sondern auch der Verlust der besonderen Eigenschaften innerhalb dieser Berufsgruppe kein Grund ist, eine weitere Zugehörigkeit zur Ersatzkasse auszuschließen.

Absatz 3

entspricht dem geltenden Recht (§ 505 RVO). Wie bisher unterliegt die Ersatzkasse bei Versicherungspflichtigen einem Kontrahierungszwang. Für Versicherungsberechtigte gelten die allgemeinen Vorschriften.

Absatz 4

entspricht dem geltenden Recht (§ 518 RVO).

Zu § 276

Die Vorschrift entspricht dem § 111 AVAVG.

Zu § 277

Absatz 1

Es entspricht dem Solidaritätsprinzip, den Rentner grundsätzlich in der Kasse als Mitglied zu belassen, der er vor Stellung seines Rentenantrags angehört hat (so auch das geltende Recht § 234 Abs. 1 letzter Satz, § 235 Abs. 3, § 245 Abs. 5, § 250 Abs. 5, § 477 Nr. 4, § 514 RVO).

Absatz 2

geht aus demselben Grunde von der Regel aus, daß der Rentner wieder zu seiner Kasse zurückkehrt, wenn wegen der Aufnahme einer Beschäftigung während des Rentenbezugs eine andere Kasse zuständig war. Nur dann, wenn die Mitgliedschaft mindestens 52 Wochen ununterbrochen bei der anderen Kasse gedauert hat, bewirkt das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis den Wechsel der Kasse.

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 234 Abs. 1 letzter Satz RVO).

Absatz 4

Hinsichtlich der Kassenzugehörigkeit der Hinterbliebenen ist klargestellt, daß die Kasse zuständig ist, der der Verstorbene, von dem der Hinterblie-

bene seinen Rentenanspruch ableitet, angehören würde. Satz 2 soll außerdem klarstellen, welche Kasse zuständig ist, wenn mehrere Hinterbliebenenrenten bezogen werden.

Absatz 5

Anders als nach geltendem Recht (§ 245 Abs. 6 RVO) sollen Rentner und Hinterbliebenenrentner nicht nur neu errichteten Betriebskrankenkassen, sondern auch neu errichteten Land- und Innungskrankenkassen unter den im Absatz 5 näher beschriebenen Voraussetzungen angehören müssen.

Zu § 278

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 234 Abs. 2 RVO).

Zu § 279

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 309 Abs. 1 und 2 RVO).

Da ein Heimarbeiter nicht selten zugleich auch in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis steht, ist die entsprechende Anwendung des Satzes 1 auch für Heimarbeiter vorgesehen.

Zu § 280

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht (§§ 238, 245 Abs. 4, § 250 Abs. 2, § 313 Abs. 4 RVO).

Absatz 2

geht im Gegensatz zum geltenden Recht (§ 313 b RVO) von der Erwägung aus, daß dem freiwillig Versicherten die Entscheidung überlassen bleiben soll, ob er z. B. bei Wohnortwechsel Mitglied seiner Kasse bleiben oder die Mitgliedschaft in einer anderen Kasse am neuen Wohnort fortsetzen will. Entscheidet sich der freiwillig Versicherte zum Übertritt in eine andere Kasse, dann soll er die Mitgliedschaft in der Kasse fortsetzen können, der er angehören würde oder angehören könnte, wenn er versicherungspflichtig wäre. Die Bestimmung ermöglicht nunmehr z. B. auch dem freiwilligen Mitglied einer Innungskrankenkasse, nach Wohnortwechsel am neuen Wohnort in eine dort bestehende Innungskrankenkasse überzutreten, wenn er als Versicherungspflichtiger dieser Kasse angehören müßte. Schließlich soll Absatz 2 freiwillig Versicherten ermöglichen, in eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse überzutreten, wenn eine solche Kasse für ihren Betrieb oder ihre Innung neu errichtet wird.

Zu § 281

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht (§ 306 Abs. 1 RVO).

Absatz 2

Es entspricht der in Absatz 1 getroffenen Regelung; bei Heimarbeitern und den ihnen hinsichtlich der Entgeltregelung gleichgestellten Personen, für den Beginn der Mitgliedschaft den Tag zu bestimmen, an dem erstmals oder nach Ausscheiden aus der Versicherung erneut Arbeit ausgegeben wird.

Absatz 3

entspricht dem geltenden Recht (§ 108 Abs. 1 AVAVG).

Absatz 4

entspricht dem geltenden Recht (§ 306 Abs. 2 RVO).

Absatz 5

Infolge der Einbeziehung der Ersatzkassen in den Kreis der gesetzlichen Krankenkassen gilt auch für den Beginn der Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse bei Versicherungspflichtigen die in Absatz 1 getroffene Regelung, wenn die nach § 275 Abs. 1 notwendige Bescheinigung innerhalb einer Woche nach Beginn der Beschäftigung ausgehändigt wird. Aus verwaltungsmäßigen Gründen soll die Mitgliedschaft mit dem Ersten des auf die Beitrittserklärung folgenden Kalendermonats beginnen, wenn die Erklärung erst zu einem späteren Zeitpunkt abgegeben wird. Hieraus ergibt sich, daß z. B. bei einer späteren Abgabe der Bescheinigung eine Mitgliedschaft bei der zuständigen Pflichtkrankenkasse solange besteht, bis die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse erworben ist.

Zu § 282

Nach geltendem Recht beginnt nur bei neu errichteten Betriebs- und Innungskrankenkassen die Mitgliedschaft mit dem Tage, an dem die Kasse ihre Tätigkeit aufnimmt. Da bei den übrigen Kassenarten nichts anderes gelten kann, erweitert die Vorschrift die nach geltendem Recht bestehende Regelung auf alle Kassen, die neu errichtet werden.

Zu § 283

Absätze 1 und 3

entsprechen dem geltenden Recht (§ 310 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 RVO). Aus Gründen der Rechtssicherheit soll jedoch nicht mehr lediglich eine „Anmeldung", sondern ein schriftlicher Antrag gefordert werden, der notwendig eine Entscheidung des Versicherungsträgers über die Erklärung des Antragstellers zur Folge hat.

§ 310 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 RVO wurden hierher nicht übernommen, da insoweit § 172 Abs. 2 das Erforderliche bestimmt.

Absatz 2

Im Gegensatz zum geltenden Recht wird die Mitgliedschaft der in § 173 genannten Personen nicht mehr als „Fortsetzung" der Mitgliedschaft einer

anderen Person angesehen, sondern als ein neues Versicherungsverhältnis, wie sich auch aus § 173 Abs. 1 und § 283 Abs. 2 ergibt. Dementsprechend bestimmt Abs. 2 aus Gründen der Rechtssicherheit den Zeitpunkt, an dem die Mitgliedschaft beginnt. Da Absatz 2 als Unterfall der in Absatz 1 geregelten Tatbestände anzusehen ist, setzt auch Absatz 2 für den Beginn der Mitgliedschaft voraus, daß ein schriftlicher Antrag nach Absatz 3 gestellt worden ist. Dieser Antrag löst nur dann die in Absatz 2 genannten Wirkungen aus, wenn er innerhalb der in § 173 Abs. 2 bestimmten Frist vorgelegt worden ist.

Zu § 284

Absatz 1

Nr. 1

Da die Mitgliedschaft stets nur an die Person des Versicherten gebunden sein kann, endet sie zwangsläufig mit dem Tode des Versicherten.

Nr. 2

Entfallen die Voraussetzungen der Versicherungspflicht, so endet auch die Mitgliedschaft kraft Gesetzes. Es erscheint sinnvoll, diese Wirkung dann nicht eintreten zu lassen, wenn ein Versicherter vom Recht der Weiterversicherung nach § 171 Gebrauch machen will. Eine gleiche Regelung trifft das geltende Recht (§ 313 Abs. 1 und 2 RVO). Die Mitgliedschaft endet daher nicht, wenn ein Versicherter seinen Willen zur Weiterversicherung binnen eines Monats nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht der Kasse angezeigt hat.

Nr. 3

entspricht dem geltenden Recht (§ 312 Abs. 1 RVO). Auch nach dem Entwurf ist eine Doppelmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zulässig.

Nr. 4

stellt klar, wann beim Austritt die Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse endet. Die Vorschrift ist notwendig, weil Nummer 6 nur das Ende der Mitgliedschaft bei Austritt freiwillig Versicherter regelt.

Nr. 5

entspricht im wesentlichen dem § 314 RVO. Um dem Versicherten die Folgen unterlassener Beitragsentrichtung rechtzeitig anzukündigen, ist die Vorschrift um den Zusatz erweitert, daß der Versicherte darauf hinzuweisen ist. Die Vorschrift ist auf Mitglieder von Ersatzkassen ausgedehnt, weil auch diese Mitglieder ihre Beiträge zu zahlen haben.

Nr. 6

Schon die §§ 312 und 314 RVO heben nur einzelne Endigungsgründe hervor, ohne andere auszuschließen. Es ist daher bereits nach geltendem Recht zulässig, daß die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter durch Austrittserklärung endet.

Nr. 7

Die Vorschrift entspricht der in § 174 Abs. 1 getroffenen Regelung, nach der die freiwillige Versicherung erlischt, wenn das jährliche Einkommen 15 000 DM übersteigt.

Nr. 8

entspricht § 315 a Abs. 2 Satz 2 RVO. Um eine rückwirkende Beendigung der Mitgliedschaft im Falle der Zurücknahme eines Rechtsbehelfs gegen die Ablehnung eines Rentenantrages auszuschließen, ist bestimmt, daß die Mitgliedschaft in diesem Falle mit dem Tage der Rücknahme des Rechtsbehelfs endet.

Absatz 2

bringt eine dem § 312 Abs. 2 Satz 1 RVO entsprechende Regelung. Die Beibehaltung dieser Bestimmung ist aus Gründen der Rechtssicherheit notwendig, um zu vermeiden, daß Unklarheit über das Bestehen einer Mitgliedschaft aufkommt, wenn ein Bescheid über eine Rentenentziehung angefochten worden ist.

Zu § 285

Absatz 1

Die Vorschrift tritt an die Stelle des § 311 Satz 1 RVO und den Erlaß des Reichsarbeitsminister vom 2. November 1943 Abschnitt I Ziffer 6 (AN S. 485). Ihr Zweck ist, die Mitgliedschaft mit allen Rechten und Pflichten (ausgenommen die Beitragspflicht, vgl. § 305) zu erhalten, solange der Versicherte Krankengeld erhält. Darüber hinaus soll diese Bestimmung auch dann gelten, wenn ein Träger der Unfallversicherung Verletztengeld oder Heilanstaltspflege, ein Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld gewährt (§ 183 Abs. 6 RVO) oder Einkommensausgleich nach § 17 Abs. 4 des Bundesversorgungsgesetzes zu zahlen ist.

Absatz 2

entspricht § 311 Satz 2 RVO.

Absatz 3

soll einer Versicherten, die wegen ihrer Schwangerschaft eine versicherungspflichtige Beschäftigung aus den näher bezeichneten Gründen nicht mehr ausübt, die Mitgliedschaft und damit die Leistungsansprüche im bisherigen Umfang erhalten. Damit wird einer schwangeren Versicherten der Entschluß leichter gemacht, ihre Tätigkeit schon einige Zeit vor der Entbindung aufzugeben.

Zu § 286

Die Vorschrift tritt an die Stelle des § 209 a Abs. 1 RVO. Sie bezieht sich lediglich auf Versicherungspflichtige und soll die Mitgliedschaft solange erhalten, als das versicherungspflichtige Mitglied zum Wehrdienst oder Ersatzdienst einberufen ist. Die

Fassung „zum Wehrdienst" deckt auch die Einberufung zu einer Eignungsübung.

Schließt sich der Wehrdienst oder Ersatzdienst nicht unmittelbar an das Beschäftigungsverhältnis an, dann wird nach geltendem Recht die Mitgliedschaft nicht erhalten. Diese Regelung hat in den Fällen zu Härten geführt, in denen der Versicherte vor Beginn des Wehrdienstes, meist sogar mit Rücksicht auf die Einberufung aus der Beschäftigung ausgeschieden war. Um diese Härten künftig auszuschließen, soll nicht mehr auf eine „bestehende Versicherung", sondern auf einen Kausalzusammenhang zwischen Ausscheiden aus der Versicherungpflicht und Einberufung abgestellt werden, wobei in der Praxis der Kausalzusammenhang unterstellt werden kann, wenn die Versicherungspflicht nach Zustellung des Einberufungsbescheides endet.

Zu § 287

Absatz 1

Die Vorschrift soll die Erhaltung der Mitgliedschaft in den Fällen regeln, in denen das Mitglied zwar eine Beschäftigung nicht ausübt, das Arbeitsverhältnis aber fortbesteht (z. B. unbezahlter Urlaub, sogenannte Bummeltage). Wegen der Beitragszahlung vgl. § 303 Abs. 4.

Mit dieser Regelung wird der Erlaß des Reichsarbeitsministers über die Kranken- und Arbeitslosenversicherung bei Arbeitsunterbrechung ohne Entgeltzahlung vom 28. Januar 1942 (AN S. 91) gegenstandslos. Wegen der Folgen des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht bei Erwerbslosigkeit (§ 214 RVO) vgl. § 231 Abs. 2.

Absatz 2

entspricht inhaltlich dem § 128 AVAVG und wird auf die Bezieher von Schlechtwettergeld ausgedehnt.

Zu § 288

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen den §§ 315 und 316 RVO. Durch die Fassung „solange sich der das Versicherungsverhältnis begründende Sachverhalt nicht ändert" ist die Vorschrift auf alle Versicherungspflichtigen ausgedehnt und erfaßt beispielsweise auch den Fall, daß bei einem versicherungspflichtigen Rentner während des Rentenfeststellungsverfahrens die Zuständigkeit eines Trägers der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Rentengewährung festgestellt wird.

Zu § 289

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 321 RVO) und berücksichtigt die durch das Selbstverwaltungsgesetz eingetretenen Änderungen.

Die Bestimmung des § 320 RVO kann entfallen, da über die Errichtung der Satzung, bevor die Krankenkasse ins Leben tritt, in den Vorschriften über das Errichtungsverfahren eine andere Regelung getroffen ist (vgl. § 257 Abs. 2, §§ 260, 261 Abs. 1 und 2).

Zu § 290

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem geltenden Recht (§ 323 RVO). Der ausdrücklichen Feststellung, daß die Satzung nichts bestimmen darf, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft, bedarf es nicht, weil das selbstverständlich erscheint und überdies im Rahmen der Aufsicht bei Genehmigung der Satzung und von Satzungsänderungen von Amts wegen geprüft werden muß.

Zu § 291

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 324 Abs. 1 Satz 1 RVO).

§ 324 Abs. 1 Satz 2 RVO braucht nicht übernommen zu werden, da über die Festsetzung des Zeitpunktes, zu dem die Kasse ins Leben treten soll, bereits bei § 257 Abs. 3, § 260 Abs. 2 und § 261 Abs. 1 Näheres bestimmt ist.

Zu § 292

Die Vorschrift entspricht unter Berücksichtigung der durch das Selbstverwaltungsgesetz eingeleiteten Rechtsentwicklung im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 326 RVO).

Zu § 293

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 325 RVO). Sie ist elastischer gestaltet, um den Kassen die Möglichkeit zu geben, die Mitglieder in einer allgemeinverständlichen und geeigneten Form über das Versicherungsverhältnis aufzuklären.

Zu § 294

Die Vorschriften des geltenden Rechts über die Zusammensetzung der Kassenorgane (§§ 327 bis 341 RVO) sind seit Inkrafttreten des Selbstverwaltungsgesetzes obsolet. Im Entwurf sind deshalb entsprechende Vorschriften nicht aufgenommen.

Hinsichtlich der „Rechte und Pflichten der Organe" beschränkt sich der Entwurf auf die wegen der Besonderheiten bei den Krankenkassen notwendigen Vorschriften. Soweit eine abweichende Regelung nicht getroffen ist, sollen daher die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes Anwendung finden.

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 342 Abs. 1 RVO).

Absatz 2

Der Entwurf geht davon aus, daß der Vorstand die Kasse verwaltet, soweit es sich nicht um laufende Verwaltungsgeschäfte handelt, die das Selbstverwaltungsgesetz dem Geschäftsführer zuweist und daß ihm im Verhältnis zur Vertreterversammlung

die Aufgaben zugewiesen sind, die nicht durch gesetzliche Vorschriften oder durch Satzungsregelung der Vertreterversammlung ausdrücklich vorbehalten sind. Die Bestimmung über die primäre Zuständigkeit des Vorstandes gegenüber der Vertreterversammlung entspricht praktischen Bedürfnissen und einer zweckmäßigen Verwaltungsführung. Im Gegensatz zur Vertreterversammlung ist der Vorstand leichter einzuberufen. Er hat außerdem eine geringere Mitgliederzahl und ist bei der Beschlußfassung beweglicher.

Eine Bestimmung über die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Kasse (§ 342 Abs. 2 RVO) ist an dieser Stelle nicht aufgenommen worden, da insoweit eine einheitliche Regelung im Zusammenhang mit den Vorschriften über die Aufsicht getroffen ist (vgl. § 426).

Dem Vorstand auch weiterhin eine Pflicht vorzuschreiben, den Gewerbeaufsichtsbeamten Auskunft über Zahl und Art der Erkrankungen zu erteilen (§ 343 RVO), erscheint nicht mehr erforderlich.

§ 344 RVO ist durch eine anderweitige Regelung im Rahmen des Fünften Abschnitts über Aufbringung und Verwaltung der Mittel (§ 325) entbehrlich geworden.

Zu § 295

Absatz 1

Anders als das geltende Recht (§ 345 Abs. 1 Satz 1 RVO) geht die Vorschrift davon aus, daß der Vorstand das primär handelnde Organ ist. Der Vertreterversammlung werden daher entsprechend § 294 Abs. 2 in § 295 bestimmte Aufgaben zugewiesen.

Nr. 1

entspricht dem geltenden Recht (§ 345 RVO).

Nr. 2 und 3

entsprechen dem geltenden Recht.

Nr. 4

Die Vorschrift ist in den Katalog der Aufgaben aufgenommen worden, weil die Entscheidung über diese wichtigen Fragen der Vertreterversammlung zukommen muß. Andererseits macht diese Bestimmung den § 346 Abs. 1 RVO entbehrlich. Nach dieser Vorschrift hatte die Vertreterversammlung zusammen mit dem Vorstand bei derartigen Geschäften die Kasse zu vertreten. Für diese Vertretung gilt jetzt § 6 des Selbstverwaltungsgesetzes, der bestimmt, daß der Vorstand die Kasse vertritt. Die Erweiterung des Katalogs in Nummer 4 macht ebenso die Vorschrift des § 346 Abs. 2 Nr. 2 RVO entbehrlich, weil unter „Errichtung von Gebäuden" auch die Errichtung von Krankenhäusern und Genesungsheimen zu verstehen ist. Dem Grundsatz der primären Zuständigkeit des Vorstandes entspricht es schließlich, daß der Vorstand Verträge mit Dritten zu schließen hat. Eine dem § 345 Abs. 2 Nr. 4 RVO entsprechende Bestimmung ist daher nicht mehr aufgenommen worden.

Nr. 5, 6 und 7

entsprechen dem § 347 Abs. 1 und 2, § 345 Abs. 2 Nr. 6 und 7 RVO.

Absatz 2

Wegen der Bedeutung der Beschlüsse nach Absatz 1 Nr. 7 sieht Absatz 2 — wie bereits das geltende Recht in § 345 Abs. 3 Satz 1 RVO — eine qualifizierte Mehrheit bei der Abstimmung in der Vertreterversammlung vor. Da in den Vertreterversammlungen der Ersatzkassen Arbeitgebervertreter nicht vertreten sind, gilt diese Vorschrift für die Ersatzkassen nicht. Eine dem § 345 Abs. 3 Satz 2 RVO entsprechende Vorschrift ist im Entwurf nicht aufgenommen, da eine Ausnahme von dem Grundsatz der getrennten Abstimmung nicht erforderlich erscheint. Bei Betriebskrankenkassen bedürfen auch Beschlüsse nach Absatz 1 Nr. 6 wegen der besonderen Stimmenverteilung der getrennten Abstimmung.

Absatz 3

entspricht inhaltlich dem § 347 Abs. 2 RVO. Nach dem Entwurf wird es nicht mehr als eine Aufgabe der Vertreterversammlung angesehen, über die Errichtung von Melde- und Zahlstellen zu beschließen. Es handelt sich insoweit um Verwaltungsangelegenheiten, die künftig Aufgabe des Vorstandes sein sollen. Das gilt auch für die Anordnungen nach § 348 RVO, die ebenfalls dem Vorstand zukommen sollen.

Zu § 296

Absatz 1

Auf Meldevorschriften kann zur Durchführung der Versicherung nicht verzichtet werden. Sie finden sich auch im geltenden Recht (§§ 317, 318, 521 RVO). An dem Grundsatz, daß die Meldungen innerhalb von drei Tagen zu erstatten sind, wird festgehalten. Die Möglichkeit für die Kasse, von dieser Regel bis zu längstens sieben Tagen abzuweichen, berücksichtigt den Umstand, daß es Arbeitgebern mit räumlich weit auseinander liegenden Betrieben (Baustellen) nicht immer gelingt, die dreitägige Meldefrist einzuhalten.

Die gegenüber dem geltenden Recht weitergehende Formulierung „die zur Durchführung der Versicherung erforderlichen Meldungen" bedeutet, daß nicht nur An-, Um- und Abmeldungen verlangt werden können, sondern auch alle Angaben (Lohnänderungsanzeigen, Beitragsnachweisungen), die für die Durchführung der Versicherung unentbehrlich sind.

Absatz 2

Seitdem die Krankenkassen Einzugsstellen auch für Beiträge der Rentenversicherungen und der Arbeitslosenversicherung sind, werden die Meldungen für die anderen Versicherungszweige grundsätzlich zusammen mit den Krankenkassenmeldungen abgegeben (§ 1400 RVO, § 122 AVG, § 72 AVAVG). Das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung wird nunmehr entsprechend ergänzt.

Absatz 3

Wenn eine Ersatzkasse versäumt, dem Arbeitgeber das Ausscheiden eines versicherungspflichtigen Mitgliedes zu melden, so hat das zur Folge, daß der Arbeitgeber nach wie vor den Beitragsanteil des Versicherten und seinen Arbeitgeberanteil an das Ersatzkassenmitglied auszahlt. Er soll in diesem Fall nicht von der zuständigen Krankenkasse erneut zur Beitragszahlung herangezogen werden. Ersatzpflichtig für den Beitrag, der der zuständigen Kasse entgangen ist, bleibt die Ersatzkasse.

Zu § 297

Es entspricht dem geltenden Recht (§ 317 Abs. 5 bis 7 RVO), die maßgebenden Tatbestände für Beginn und Ende der Krankenversicherung der Rentner vom Rentenbewerber, von der für das Beschäftigungsverhältnis zuständigen Kasse und vom zuständigen Träger der Rentenversicherung melden zu lassen.

Zu § 298

Die auf eine neue Grundlage gestellte Beitragsbemessung und Beitragsabrechnung für Arbeitslose (§ 309) läßt es zu, auf Einzelmeldungen der Arbeitslosen zu verzichten. Als Beitragskontrolle genügt die vom Arbeitsamt vierwöchentlich der zuständigen Kasse zu meldende Gesamtzahl der Tage, für die der Hauptbetrag gezahlt wurde. Die Arbeitsämter müssen diese Meldungen an jede für die Versicherung von Arbeitslosen zuständige Kasse erstatten. Will der Arbeitslose Leistungen beanspruchen, so genügt die Vorlage seiner Meldekarte, aus der die Zeit seiner Arbeitslosigkeit und die zuständige Krankenkasse hervorgehen. Auf die Meldung der Stillegungsvergütungsempfänger und Schlechtwettergeldbezieher kann verzichtet werden, weil bei ihnen für die Dauer des Schlechtwettergeldbezuges und des Empfangs von Stillegungsvergütung die Mitgliedschaft kraft Gesetzes erhalten bleibt (§ 287).

Zu § 299

Die Verpflichtung des Versicherten, den Einberufungsbescheid zum Wehrdienst, zu einer Wehrübung oder zum Ersatzdienst bei der Krankenkasse vorzulegen, und die Bestätigung der Kasse auf dem Einberufungsbescheid erleichtert den Krankenkassen erheblich die Verwaltungsarbeit. Die Kassen werden dadurch in die Lage versetzt, die Beitragsabführung für Fehltage zu überprüfen, wenn zwischen dem letzten Arbeitstag und dem Tag der Einberufung Tage unbezahlten Urlaubs oder sogenannte Bummeltage liegen. Gleichzeitig erhält der Einberufene damit einen Nachweis, der ihm das Geltendmachen von Rechten, insbesondere von Leistungsansprüchen (z. B. von Familienhilfe) erleichtert. Im übrigen wird bei Arbeitsaufnahme der Arbeitgeber meldepflichtig.

Zu § 300

Diese Ermächtigung entspricht dem geltenden Recht (§ 317 Abs. 8 RVO).

Zu § 301

Da die freiwillig Versicherten (freiwillig Weiterversicherte und Versicherungsberechtigte) aus eigenem Entschluß einer Kasse angehören, müssen sie die für die Durchführung ihrer Versicherung erforderlichen Meldungen selbst erstatten. Das Nähere soll wegen der unterschiedlichen Bedürfnisse die Satzung der Kasse bestimmen.

Zu § 302

Absätze 1 und 2

Neu gegenüber dem geltenden Recht ist, daß unterschieden wird zwischen einem „allgemeinen Beitrag" und einem „besonderen Beitrag". Welchen Zwecken der „allgemeine Beitrag" dient, bestimmt Absatz 2. Daß der „besondere Beitrag", der von den Versicherten zu tragen ist, eine Vorleistung auf einen Teil der entstehenden Kosten für ärztliche und zahnärztliche Behandlung ist, ergibt sich aus § 328.

Absatz 3

Da durch die Einbeziehung sonstiger Angehöriger in die Familienhilfe der Solidarausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeweitet wird, sollen diesen Angehörigen Leistungen nur gegen Zusatzbeiträge gewährt werden. Das Nähere, insbesondere über die Höhe der Beiträge zu bestimmen, bleibt der Satzung überlassen.

Zu § 303

Absatz 1

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht, soweit versicherungspflichtige Arbeitnehmer und ihre Arbeitgeber in Betracht kommen. Da die in Heimarbeit Beschäftigten wie versicherungspflichtige Arbeitnehmer behandelt werden, müssen auch ihren Auftraggebern die Pflichten des Arbeitgebers auferlegt werden. Beschäftigte Altersrentner sind nach § 167 Abs. 1 Nr. 6 versicherungsfrei. Abweichend von den Vorschriften in den Gesetzen über Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten werden keine Arbeitgeberanteile des Beitrages gefordert, weil der Arbeitgeber bereits durch die Lohnfortzahlung auch für beschäftigte Rentner belastet ist. Satz 2 ist den entsprechenden Vorschriften der Gesetze zur Neuordnung der Rentenversicherungen nachgebildet. Damit stimmen die Entgeltgrenzen für Geringverdiener, bei denen der Arbeitgeber den Beitrag allein zu tragen hat, mit denen der Rentenversicherungen überein.

Absatz 2

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Der Arbeitgeber soll nicht dadurch, daß seine Arbeitnehmer Mitglied einer Ersatzkasse werden, finanziell benachteiligt sein, wenn die Beiträge der Ersatzkasse höher liegen als die der zuständigen Krankenkasse.

Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, daß der besondere Beitrag vom Arbeitnehmer allein zu tragen ist.

Absatz 4

Diese Vorschrift ist neu. Sie gibt den Kassen die Möglichkeit, für Fehltage Beiträge zu erheben. Die Verpflichtung, diese Beiträge zu tragen, trifft in jedem Falle ausschließlich das Mitglied. In den Fällen des Satzes 2 besteht im Gegensatz zum bisherigen Recht die Mitgliedschaft fort; die Schwangere hat für diese Zeit die Beiträge zu tragen.

Zu § 304

Absatz 1

Es entspricht dem geltenden Recht, daß die Beiträge in Vom-Hundert-Sätzen (Hundertsteln) erhoben werden.

Während jedoch im geltenden Recht der Grundlohn Bemessungsgrundlage der Beiträge ist, soll künftig das in einem Kalendermonat erzielte Entgelt Bemessungsgrundlage sein (Absatz 3). Das bedeutet, daß Versicherte mit festen Bezügen einen monatlich gleichbleibenden Betrag zu zahlen haben, und zwar ohne Rücksicht darauf, wieviel Tage der Monat hat. Im übrigen bleibt es der Satzung der Kasse überlassen, nach den unterschiedlichen Bedürfnissen die Beitragsberechnung nach dem tatsächlichen Entgelt, nach dem Mittelbetrag der Stufen der Lohnsteuertabelle oder nach dem Mittelbetrag der Lohnstufen vorzusehen. Für die Zulassung der Beitragsberechnung nach dem tatsächlichen Entgelt wird die Kasse sich zweckmäßigerweise an den Voraussetzungen orientieren, die für das gleiche Verfahren bei der Errechnung der Lohnsteuer gelten (vgl. § 32 Abs. 5 Lohnsteuer-Durchführungsverordnung). Bei Erlaß der Rechtsverordnung zur Aufstellung von Lohnstufen wird darauf Bedacht genommen werden müssen, die Lohnstufen so festzusetzen, daß sie auf Lohnsteuerstufen Rücksicht nehmen. Auf die Möglichkeit, die Beiträge nach Mitgliederklassen zu berechnen, wie es das geltende Recht vorsieht, wird verzichtet, weil die Festsetzung nach Lohnstufen eine ausreichende Differenzierung zuläßt.

Absatz 2

Der besondere Beitrag wird durch Gesetz für alle Versicherten nach einem gleichen Vomhundertsatz festgesetzt. Er ist ebenso wie der allgemeine Beitrag auf das beitragspflichtige Entgelt bezogen.

Absatz 3

Die bisher recht unterschiedlichen Lohnzahlungs- und Beitragsabrechnungszeiträume (10 Tage, 14 Tage, 4 Wochen, 5 Wochen) sollen zugunsten eines einheitlichen Abrechnungszeitraumes aufgegeben werden. Die Einführung des Kalendermonats als Abrechnungszeitraum entspricht der schon weit verbreiteten Übung, die Löhne monatlich abzurechnen. Im übrigen dürfte es der betrieblichen Praxis keine Schwierigkeiten bereiten, ihre Lohnabrechnungen einheitlich auf den Kalendermonat umzustellen. Satz 2 stellt klar, daß Beiträge nur dann für Kalendertage zu erheben sind, wenn kein voller Kalendermonat abzurechnen ist, weil das Arbeitsverhältnis während eines Kalendermonats beginnt oder endet, oder weil in diesen Zeitraum beitragsfreie Zeiten fallen. In diesen Fällen ist das Entgelt nur bis zum Höchstbetrag von 25 DM je Kalendertag zu berücksichtigen.

Absatz 4

Der im geltenden Recht in § 168 Abs. 3 RVO geregelte Tatbestand wird aus rechtsystematischen Gründen im Beitragsrecht geregelt.

Zu § 305

Schon im geltenden Recht ist vorgesehen, daß bei Arbeitsunfähigkeit während der ersten drei Tage und so lange keine Beiträge zu entrichten sind, als die Kasse dem Versicherten Krankengeld zu gewähren hat oder Krankengeld, Wochengeld oder Krankenhauspflege gewährt. Dies gilt nicht, solange der Versicherte Arbeitsentgelt erhält. Am Grundsatz dieser Regelung wird auch in Zukunft festgehalten. Darüber hinaus ist vorgesehen, Beitragsfreiheit auch in den Fällen eintreten zu lassen, in denen ein anderer Träger der Sozialversicherung die in § 285 Abs. 1 erwähnten Leistungen erbringt. Satz 2 gesteht auch den freiwillig Versicherten Beitragsfreiheit zu, solange sie Anspruch auf Krankengeld oder Mutterschaftsgeld haben. Da bei freiwillig Versicherten, die ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, zu unterstellen ist, daß Einkommen während der Krankheit nicht ausfällt, ist es auch gerechtfertigt, während dieser Zeit Beiträge zu fordern.

Zu § 306

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 384 RVO). Es wird aber darauf verzichtet, der Satzung das Recht zu geben, die Beiträge nach Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten abzustufen, weil dies mit dem Gedanken der Solidarität der Versichertengemeinschaft nur schwer zu vereinbaren ist. Dagegen erscheint es gerechtfertigt, dem Arbeitgeber einen höheren Beitragsanteil aufzuerlegen, wenn in seinem Betrieb die Erkrankungsgefahr erheblich höher als im Durchschnitt der Kasse ist.

Zu § 307

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (318c RVO). Eine Pflicht zur Rückerstattung besteht auch dann nicht, wenn sich nachträglich herausstellt, daß die Festsetzung unzutreffend war.

Zu § 308

Absatz 1

Eine allgemeine Vorschrift, daß die Beiträge zu kürzen sind, wenn während der Arbeitsunfähigkeit Entgelt fortgezahlt wird, ist für das neue Recht entbehrlich, weil diesen Lohnfortzahlungsanspruch grundsätzlich alle Arbeitnehmer haben. Eine Beitragskürzung für Versicherte, die einen arbeitsrechtlichen Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Ar-

beitsunfähigkeit für längere Zeit als sechs Wochen haben, ist nicht vorgesehen, weil derartige Ansprüche nicht auf Gesetz beruhen und daher von der Kasse meist nicht eindeutig geprüft werden können. Eine den geringeren Leistungsansprüchen entsprechende Beitragskürzung wäre auch so unbedeutend, daß sie zu einer nicht meßbaren Kürzung des Beitragssatzes führen würde. Vorschriften über Beitragskürzungen müssen sich deshalb auf die in § 227 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 3 bis 5 genannten Tatbestände beschränken.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 309

Absätze 1 und 3

Es entspricht dem geltenden Recht, daß die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung die Beiträge für diejenigen Versicherten trägt, die Arbeitslosengeld, Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe, Stillegungsvergütung, Schlechtwettergeld oder Kurzarbeitergeld erhalten. Für die in Absatz 3 genannten Versicherten finden sich die Beitragsvorschriften im AVAVG. Sie sind in Artikel 2 § 5 dieses Gesetzentwurfes enthalten und begründet.

Absatz 2

Die Einführung dieser Vorschrift beruht auf folgenden Erwägungen: Die Beitragspflicht der Bundesanstalt ist bisher in § 109 AVAVG in der Weise geregelt, daß für die Berechnung des Grundlohns an die Stelle des auf den Kalendertag entfallenden Arbeitsentgelts $^2/_7$ des wöchentlichen Arbeitslosengeldes treten. Die Beiträge werden unter Zugrundelegung eines um $^1/_3$ geminderten Beitragssatzes berechnet. Die an die Krankenkasse insgesamt zu leistenden Beiträge sind nach der Summe der an ihre Mitglieder ausgezahlten Arbeitslosengelder zu berechnen. Außerdem sind den Krankenkassen die Barleistungen zu erstatten.

Diese Regelung führte in der Praxis zu einem unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand und zu vielen Rechtsstreitigkeiten. Aus diesem Grunde ist eine Regelung getroffen worden, die einerseits die Verwaltungsarbeit vereinfacht, durch die aber andererseits sichergestellt wird, daß die Bundesanstalt den Krankenkassen auch weiterhin einen dem Risiko entsprechenden angemessenen Beitrag zahlt. Durch die Berechnung der Beiträge nach $^1/_{26}$ des der Beitragsbemessung zugrunde liegenden durchschnittlichen monatlichen Arbeitsentgelts der in § 166 Abs. 1 Nr. 1 genannten Versicherten ist sichergestellt, daß die Kassen für die versicherten Arbeitslosen im Durchschnitt den gleichen Beitrag erhalten wie für die versicherten Arbeitnehmer, die in einem Arbeitsverhältnis stehen. Eine Verwaltungsvereinfachung wird dadurch erreicht, daß zur Berechnung des Beitrages jeweils $^1/_{26}$ des oben erwähnten durchschnittlichen monatlichen Arbeitsentgelts mit der Anzahl der Tage zu vervielfältigen ist, für die die Versicherten der Kasse den Hauptbetrag empfangen haben. Von dem so gewonnenen Betrag ist der Beitrag unter Zugrundelegung des Beitragssatzes für die allgemeinen Beiträge zu entrichten.

Absatz 4

Von allen Leistungen, die die Bundesanstalt gewährt, sollen besondere Beiträge nicht entrichtet werden. Selbstverständlich bleibt unberührt, daß vom Kurzlohn der besondere Beitrag zu entrichten ist.

Zu § 310

Absatz 1

Im geltenden Recht werden die Beiträge für die versicherungspflichtigen Rentenberechtigten in der Regel nach einem durchschnittlichen Grundlohn der einzelnen Kassenarten eines Landes errechnet (§ 385 Abs. 2 RVO). Diese Grundlöhne sind um 15 v. H. zu kürzen. Mit dieser Kürzung sollen die Kassen an den Kosten der Krankenversicherung der Rentner mit einer zumutbaren Quote beteiligt sein. Als Beitragssatz ist der um ein Drittel gekürzte Beitragssatz der versicherungspflichtigen Arbeiter und Angestellten vorgeschrieben, die im Falle der Arbeitsunfähigkeit keinen Anspruch auf Fortzahlung ihres Gehaltes oder Lohnes haben (allgemeiner Beitragssatz). Die Kürzung um ein Drittel entsprach im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner dem Anteil der Barleistungen an den Gesamtausgaben. Sie war deswegen berechtigt, weil versicherungspflichtige Rentenberechtigte Kranken-, Haus- und Taschengeld nicht erhalten. Diese Kürzung führt aber dann zu ungerechtfertigten Ergebnissen, wenn sich der Anteil der Barleistungen an den Gesamtausgaben nach oben oder unten verschiebt, wie es z. B. nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle der Fall war.

Die neue Beitragsformel geht vom durchschnittlichen Arbeitsverdienst der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer der einzelnen Kasse (gekürzt um 15 v. H.) und dem allgemeinen Beitragssatz aus. Eine Kürzung dieses Beitragssatzes ist nicht mehr vorgesehen, weil den Krankenkassen durch die Lohnfortzahlung nur noch geringfügige Ausgaben an Krankengeld entstehen, die sich in einer meßbaren Beitragsermäßigung kaum mehr ausdrücken lassen.

Wie bisher sollen die durchschnittlichen Arbeitsentgelte nach den Ergebnissen des 2. und 3. Vierteljahres des letzten Geschäftsjahres berechnet werden. Das Nähere über Einziehung und Abführung der Beiträge bleibt der Rechtsverordnung vorbehalten, zu der der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung nach § 323 Abs. 2 ermächtigt ist.

Absatz 2

Wie versicherungspflichtige und freiwillig Versicherte, sollen auch die versicherungspflichtigen Rentner den besonderen Beitrag allein tragen. Für sie tritt als Bemessungsgrundlage an die Stelle des

Entgelts der Betrag der monatlichen Rente, bei der aus verwaltungsmäßigen Gründen der Kinderzuschuß außer Betracht bleiben soll. Da es Rentnern, die nur eine geringe Rente beziehen, nicht zuzumuten ist, von dieser Rente einen besonderen Beitrag zu entrichten, sollen von monatlichen Renten, die die in der Vorschrift genannte Grenze nicht übersteigen, keine besonderen Beiträge erhoben werden. Sie werden also nicht zur Eigenleistung bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung herangezogen.

Absatz 3

Der Entwurf hält daran fest, daß die Leistungen zur Krankenversicherung der Rentner zu 85 v. H. aus Beiträgen der Rentenversicherung und der Rentner gedeckt werden. Da besondere Verhältnisse bei einer Kasse zu einer geringeren Deckungsquote führen können, sieht die Vorschrift eine Herabsetzung der Kürzung nach Absatz 1 durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vor. Die Vorschrift ersetzt damit Artikel 2 § 6 des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner.

Zu § 311

Absatz 1

Es entspricht dem geltenden Recht, die Rentenbewerber bis zur Zustellung des Rentenbescheides die Beiträge zunächst selbst tragen zu lassen, weil nicht sicher ist, ob der Rentenantrag auch zur Bewilligung einer Rente führt. Bei Bewilligung der Rente werden diese Beiträge von der zuständigen Krankenkasse dem Rentner zurückerstattet. In § 13 des Sozialhilfegesetzes ist vorgesehen, daß bei Hilfsbedürftigkeit die Fürsorgebehörden zur Zahlung der Beiträge verpflichtet sind.

Absatz 2

Ergibt sich während des Rentenfeststellungsverfahrens, daß der Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung für die Rentengewährung zuständig ist, so erhält der Rentenbewerber, der nach § 15 Abs. 2 des Reichsknappschaftsgesetzes versichert ist, für die Zeit von der Rentenantragstellung bis zur Feststellung der Zuständigkeit des knappschaftlichen Rentenversicherungsträgers von der an sich unzuständigen Kasse, bei der er nach § 288 Mitglied war, die von ihm gezahlten Beiträge zurück (vgl. Absatz 1 Satz 2). Die Vorschrift stellt sicher, daß die unzuständige Kasse für diese Zeit vom Träger der knappschaftlichen Rentenversicherung die an den Versicherten zurückgezahlten Beiträge erstattet bekommt.

Absatz 3

Da Hinterbliebenenrenten (Witwen- und Waisenrenten, letztere bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) mit Sicherheit gewährt werden, wenn der Verstorbene, von dem der Rentenberechtigte seine Hinterbliebenenrente ableitet, bereits Rentenbezieher war, braucht von diesen Versicherten für die Laufzeit des Rentenantrages keine Beitragszahlung gefordert zu werden. In diesen Fällen sollen die Träger der Rentenversicherung sofort die Beitragszahlung übernehmen.

Zu § 312

Absatz 1

Freiwillig Versicherte haben die allgemeinen und besonderen Beiträge selbst zu tragen. Die Beiträge werden in Vomhundertsätzen ihres Gesamteinkommens, soweit es der Beitragsbemessung zugrunde gelegt wird, bemessen. Der Begriff „Gesamteinkommen" ist in § 174 Abs. 3 beschrieben. Neu ist, daß die Satzung ein Mindesteinkommen festsetzen muß. Es gilt auch in den Fällen, in denen das Gesamteinkommen unter dem Betrag liegt, der für die Berechnung des Mindestbeitrages maßgebend ist. Damit soll sichergestellt werden, daß der Mindestbeitrag so festgesetzt wird, daß er in einem angemessenen Verhältnis zu den im Krankheitsfalle zu gewährenden Leistungen steht.

Absatz 2

Die Vorschrift ist neu. Sie berücksichtigt, daß Ehefrauen, die kein eigenes Einkommen beziehen, im allgemeinen zu niedrige Beiträge gezahlt haben. Deshalb soll künftig die Hälfte des Gesamteinkommens des anderen Ehegatten Beitragsbemessungsgrundlage sein. Unterschreitet es einen bestimmten Betrag, so haben auch diese Ehefrauen den Mindestbeitrag zu zahlen.

Zu § 313

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Der Klarstellung dient, daß während eines Wehr- oder Ersatzdienstes der Bund zur Beitragszahlung auch dann verpflichtet ist, wenn es sich dabei um Rentenbewerber oder Rentenbezieher oder Arbeitslose oder freiwillig Versicherte handelt.

Zu § 314

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht.

Absatz 2

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Neu ist, daß die Ersatzkasse mit dem Arbeitgeber die unmittelbare Abführung der Beiträge vereinbaren kann, wie es praktisch schon vielfach geschieht.

Absatz 3

Satz 1 entspricht dem geltenden Recht. Satz 2 dient der Klarstellung (Zahlungsverpflichtung der Rentenbewerber sowie der beurlaubten und der zulässig gekündigten Schwangeren).

Absatz 4

Die Ermächtigung soll dazu dienen, für die pflichtversicherten Rentner ein einfaches Verfahren zur Berechnung und Zahlung des besonderen Beitrages einzuführen. Die Regelung durch Rechtsverordnung hat den Vorzug, daß das Gesetz nicht mit Einzelheiten belastet wird und die Regelung verwaltungsmäßigen Erfordernissen leichter angepaßt werden kann.

Zu § 315

Absatz 1

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Absatz 2

Diese Vorschrift bringt eine Anpassung an die gleichartigen Regelungen in den Gesetzen zur Neuordnung der Rentenversicherungen (vgl. § 1397 Abs. 2 RVO).

Absatz 3

Die Vorschrift soll gewährleisten, daß auch die Beiträge für Fehltage, die in voller Höhe vom Versicherten zu tragen sind, vom Arbeitgeber einbehalten und an die Kasse abgeführt werden können.

Absatz 4

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 520 Abs. 1 Satz 2 RVO).

Zu § 316

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Abweichungen beruhen auf der Notwendigkeit, die Vorschriften der Krankenversicherung an die der Rentenversicherungen anzupassen (vgl. § 1397 Abs. 3 RVO).

Zu § 317

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 403 RVO). Auf die Zustimmung der Aufsichtsbehörde kann verzichtet werden, weil die Satzung von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden muß.

Zu § 318

Absätze 1 und 2

Die Vorschriften entsprechen dem geltenden Recht (§ 397 RVO).

Absatz 3

Neu ist, daß die Vorschriften der Absätze 1 und 2 auch auf freiwillig Versicherte anzuwenden sind. Diese Ausdehnung ist notwendig, weil der Kasse durch die verspätete oder unterlassene Abmeldung erhebliche Mehrarbeit entstehen kann. Andererseits ist der Pflichtversicherte an der Abmeldung aus der freiwilligen Versicherung nicht interessiert, weil die Pflichtversicherung in der Regel die freiwillige Versicherung verdrängt, ihm Nachteile wegen der unterlassenen Abmeldung also nicht entstehen können.

Zu § 319

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht (§ 397 a RVO).

Absatz 2

entspricht der Nummer 1 und Nummer 4 des Erlasses des Reichsarbeitsministers vom 18. Juni 1940 (AN 196) zu § 397 a RVO letzter Satz.

Absatz 3

Diese Vorschrift ist neu. Sie berücksichtigt, daß auch die Ersatzkassen Einzugsstellen für die Beiträge zu den Rentenversicherungen und zur Arbeitslosenversicherung sind.

Zu § 320

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht mit der Abweichung, daß die Anordnung anstelle des Versicherungsamtes von der zuständigen Aufsichtsbehörde zu erlassen ist (§ 398 RVO).

Absatz 2

Die öffentliche Bekanntmachung soll in Erweiterung des bisherigen Rechts, das nur den Aushang der Bekanntmachung im Betrieb vorsah, sicherstellen, daß jeder Arbeitnehmer von der Anordnung erfährt, auch wenn der Aushang im Betrieb unterbleibt. Neu ist ferner, daß die Kasse ihre eigenen Bediensteten an den Zahltagen in die Betriebe entsenden kann.

Absatz 3

Beide Vorschriften sind auf Ersatzkassen nicht anwendbar, da bei ihnen — abgesehen von den Fällen abweichender Vereinbarungen, die aufgehoben werden können — der Versicherte zahlungspflichtig ist.

Zu § 321

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 319 und 404 Abs. 4 RVO). Die Amtshilfeverpflichtung bei Vollstreckungsmaßnahmen wird auf Kassen der gleichen Art beschränkt, um die Ortskrankenkassen vor einseitiger Belastung durch Amtshilfemaßnahmen zu schützen.

Zu § 322

Die Vorschrift ist neu. Sie soll der Vorstellung bei den Versicherten entgegenwirken, daß die insgesamt an die Krankenkassen abzuführenden Beiträge nur Krankenkassenbeitrag seien. Die Beitragsaufteilung kann entweder dadurch sichtbar gemacht werden, daß der auf die Krankenversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung ent-

fallende Beitrag im einzelnen aufgeführt wird oder — das gilt insbesondere für Arbeitgeber mit einer großen Zahl von Beschäftigten — die Beitragssätze angegeben werden, die von den einzelnen Versicherungszweigen erhoben werden.

Zu § 323

Absatz 1

Es entspricht dem geltenden Recht, daß den Krankenkassen für die Einziehung und Abführung der Beiträge eine Vergütung zu gewähren ist (§ 1434 RVO, § 156 AVG, § 162 AVAVG). Eine Vergütung ist in anderen Gesetzen jedoch nicht immer vorgesehen (es fehlt z. B. eine gesetzliche Regelung für eine Vergütung für den Umtausch der Versicherungskarten). Diese Lücke wird jetzt geschlossen. Die Vorschrift ist aus sachlichen Gründen im Zweiten Buch vorzusehen, weil nach allgemein geltenden Grundsätzen derjenige die Kosten festsetzt, der eine Dienstleistung für einen anderen zu erbringen hat.

Absatz 2

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. Sie ist ergänzt um die Möglichkeit, auch für die Zahlung der Beiträge der versicherungspflichtigen Arbeitslosen Verwaltungsvorschriften zu erlassen.

Absatz 3

Die öffentlichen Verwaltungen gehen aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung mehr und mehr dazu über, die Löhne und Gehälter ihrer Bediensteten von zentralen Besoldungsstellen zu berechnen und zu zahlen. Die Vorschrift gibt dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Möglichkeit, in den genannten Fällen an Stelle der Regelung der Erlasse des Reichsarbeitsministers vom 11. Juni 1942 (AN S. 395) und vom 18. Januar 1943 (AN S. 50) ein vereinfachtes Verfahren für die Berechnung und Abführung der Sozialversicherungsbeiträge festzulegen.

Zu § 324

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 318 a RVO und Erlaß vom 2. Februar 1943 — AN S. 55).

Absatz 1

Im Interesse der Versicherten, der Krankenkassen und der beteiligten Versicherungszweige, für die die Krankenkassen die Beiträge einziehen, kann nicht darauf verzichtet werden, bei den Arbeitgebern die Beitragsberechnung und -abführung zu überprüfen. Da Beitragsforderungen innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres der Fälligkeit verjähren, sollen diese Prüfungen mindestens alle zwei Jahre stattfinden.

Absatz 2

Die Ermächtigung für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Durchführung der Betriebsprüfungen zu erlassen, soll einem etwaigen Bedürfnis nach bundeseinheitlichen Vorschriften über Art und Umfang der Prüfungen Rechnung tragen.

Zu § 325

Absatz 1

Seitdem die Krankenkassen Einzugsstellen auch für die Beiträge der Rentenversicherungen und der Arbeitslosenversicherung sind, laufen Bemühungen, die Betriebsprüfungen zeitlich so abzustimmen, daß für alle Versicherungszweige gemeinsam geprüft wird. Damit soll einer übermäßigen Belastung der Arbeitgeber vorgebeugt werden, die u. U. in kurzen Zeitabständen von Steuerprüfern, von Prüfern der Krankenkassen, des Arbeitsamtes und der zuständigen Rentenversicherungsträger aufgesucht werden. Das dem Grunde nach berechtigte Anliegen der beteiligten Versicherungszweige, die Betriebsprüfungen selbst durchzuführen, kann und soll nicht beschnitten werden. Es soll aber bereits im Gesetz zum Ausdruck kommen, daß derartige Prüfungen gemeinsam durchgeführt werden sollen.

Absatz 2

Es kann der Vereinbarung der beteiligten Prüfstellen überlassen bleiben, sich über Ort und Zeit der Prüfung zu verständigen.

Absatz 3

Eine Verständigung nach Absatz 2 kann entweder dazu führen, daß die beteiligten Versicherungszweige sich abstimmen, welche Betriebe von ihnen für die anderen mitgeprüft werden oder es kann auch die gemeinsame Prüfung vereinbart werden.

Absatz 4

Diese Vorschrift gibt die Möglichkeit, dem Arbeitgeber die Kosten der Prüfung ganz oder teilweise aufzuerlegen, wenn er sie durch Pflichtversäumnis verschuldet hat. Das Pflichtversäumnis kann z. B. darin liegen, daß er für die Durchführung der Versicherung erforderliche Meldungen nicht oder unvollständig abgibt.

Zu § 326

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 318 a RVO). Neu ist, daß die Unterlagen auch an einer von der Kasse bestimmten Stelle vorzulegen sind. Damit wird eine Vereinfachung der Prüfung ermöglicht, die vor allem bei der Prüfung von Kleinbetrieben einem praktischen Bedürfnis entspricht. Die Auskunftspflicht der Versicherten wird erweitert auf Auskünfte über Tatsachen, die für die Gewährung der Leistungen von Bedeutung sind, damit die Kasse in der Lage ist, die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen.

Zu § 327

Diese Vorschrift entspricht einem praktischen Bedürfnis. Ihm war bisher lediglich in Grundsätzen des Reichsverbandes der Ortskrankenkassen zur Durchführung von Betriebsprüfungen zugunsten auswärtiger Ortskrankenkassen entsprochen (DOK 1939 S. 85).

Zu § 328

Absatz 1

Mit dem besonderen Beitrag wird der Gedanke der Eigenbeteiligung des Versicherten bei Inanspruchnahme von ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen verwirklicht. Nach Ablauf des Kalenderjahres soll von dem entrichteten besonderen Beitrag 25 v. H. des der Kasse für den Versicherten und seine mitversicherten Angehörigen entstandenen Aufwandes für ärztliche und zahnärztliche Behandlung abgezogen und der verbleibende Rest dem Versicherten zurückgezahlt werden. Sind der Kasse für den Versicherten und die Angehörigen des Versicherten keine Aufwendungen entstanden, so soll die Kasse den gesamten Betrag des besonderen Beitrages zurückerstatten. Nicht abgezogen werden Aufwendungen für solche Leistungen, bei denen die Kasse Zuschüsse zahlt, weil hierbei der Versicherte die Differenz zwischen den tatsächlichen Kosten und dem Zuschuß als Eigenleistung erbringt; ferner die Aufwendungen, die für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bei der Behandlung des Versicherten und seiner Angehörigen im Belegkrankenhaus entstehen, weil die Eigenleistung bei Krankenhauspflege abschließend in § 195 geregelt ist und bei der Behandlung in Belegkrankenhäusern keine zusätzliche Belastung der Versicherten entstehen soll; desgleichen wegen der besonderen gesundheitspolitischen Bedeutung der Schwangerschaftsbetreuung die Aufwendungen, die für ärztliche Betreuung und Hilfe im Rahmen der Mutterschaftshilfe entstehen.

Es wird davon abgesehen, Rechtsnormen für den Einzug, die Buchung und die Rückzahlung des besonderen Beitrages im Gesetz oder in einer Verordnung aufzustellen, da es den Kassen überlassen bleiben soll, in der ihnen am zweckmäßigsten erscheinenden Weise zu verfahren. Als ein leicht zu handhabendes Verfahren bietet sich das folgende an:

Für versicherungspflichtige Arbeitnehmer behält der Arbeitgeber auch den besonderen Beitrag vom Lohn ein und überweist ihn mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag an die Krankenkasse. Ähnlich dem Verfahren bei der Lohnsteuer und bei der Rentenversicherung, bei dem am Ende des Kalenderjahres die steuer- und beitragspflichtigen Entgelte für das abgelaufende Kalenderjahr zusammengestellt werden, teilt der Arbeitgeber die von seinen Beschäftigten im Laufe des Kalenderjahres gezahlten besonderen Beiträge der Kasse ggf. in Listenform mit. Die im Laufe des Kalenderjahres eingegangenen Arzt- und Zahnarztabrechnungen sortiert die Kasse nach Arbeitgeberkonten, die bei Ausgabe der Mitgliedsbescheinigungen auf diesen aufgetragen werden und zieht den Anteil des Rechnungsbetrages von dem für den Versicherten ausgewiesenen besonderen Beitrag ab. Der Erstattungsbetrag kann entweder vom Arbeitgeber mit der nächsten Lohnzahlung an den Versicherten ausgezahlt oder von der Kasse direkt an den Versicherten erstattet werden.

Freiwillige Mitglieder zahlen den besonderen Beitrag zusammen mit dem allgemeinen Beitrag bei jeder Beitragszahlung ein.

Für den Einzug des besonderen Beitrages der pflichtversicherten Rentner wird das Nähere durch Rechtsverordnung bestimmt (vgl. § 314 Abs. 4).

Absatz 2

Werden die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen in Eigeneinrichtungen der Kasse oder in Universitäts-Polikliniken erbracht, so lassen sich die auf den Versicherten entfallenden Aufwendungen nicht feststellen, wenn die genannten Einrichtungen nicht nach Einzelleistungen abrechnen. Die Vorschrift gibt der Kasse das Recht, in derartigen Fällen bei der Abrechnung des besonderen Beitrages einen angemessenen Betrag zugrunde zu legen. Der Kasse wird dabei als Anhaltspunkt dienen, welche Aufwendungen bei Anwendung der Gebührenordnung entstanden wären.

Absatz 3

Wechselt der Versicherte während des Kalenderjahres die Kasse, so soll der besondere Beitrag auf Antrag zurückerstattet werden. Dies erscheint deswegen erforderlich, weil der Kasse vielfach die Anschrift des Versicherten unbekannt sein wird, wenn der Versicherte aus der Kasse ausgeschieden ist. Um das Verfahren bei Kassenwechsel zu vereinfachen, sollen in diesen Fällen die Aufwendungen und der besondere Beitrag nicht für das volle Kalenderjahr, sondern für die Mitgliedszeiten bei der Kasse aufgerechnet werden. Dies kann manchmal zu geringen Vorteilen oder geringen Nachteilen für den Versicherten führen. Diese werden aber in Kauf genommen, um den Verwaltungsaufwand nicht übermäßig zu erhöhen.

Zu § 329

Absatz 1

Durch die Lohnfortzahlung in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit ist den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, ihren Leistungsverpflichtungen mit einem erheblich niedrigeren Beitrag zu erfüllen. Dennoch können besondere Verhältnisse bei einer Kasse hohe Beitragssätze erforderlich machen. Der Entwurf geht davon aus, daß die Grenze von 10 v. H. aus psychologischen und sozialpolitischen Gründen nicht überschritten werden sollte. Für Ortskrankenkassen sieht Absatz 2 die entsprechenden Sicherungsmaßnahmen vor. Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen werden in der Regel geschlossen, wenn sie zur Deckung ihrer Ausgaben unverhältnismäßig hohe Beiträge erheben müßten. Die Mitteilung an den Garantieträger soll alle Beteiligten darauf aufmerksam machen, daß bei der betroffenen Kasse außergewöhnliche Verhältnisse vorliegen und die Kasse zu sparsamerer Wirtschaftsführung veranlassen.

Absatz 2

Die Ortskrankenkasse ist nach wie vor die zuständige Kasse, wenn andere Kassen nicht vorhanden sind, aufgelöst oder geschlossen werden. Diese primäre Zuständigkeit erfordert es, einen Garantieträger vorzusehen, der mit Zuschüssen eintritt, wenn die Gefahr besteht, daß die wirtschaftliche Kraft der Kasse nicht mehr ausreicht, um die notwendigen Ausgaben zu decken. Der Entwurf geht davon aus, daß die Leistungsfähigkeit einer Versichertengemeinschaft bei einem Beitragssatz von 10 v. H. aufs äußerste angespannt ist. Als Garantieträger ist die Gemeinde vorgesehen, da auf sie im Falle der Bedürftigkeit eines Versicherten die Verpflichtung zur Gewährung von Krankenhilfe zukommen würde, wenn die staatliche Zwangsversicherung nicht vorhanden wäre.

Absatz 3

Die Vorschrift stellt die See-Krankenkasse den Ortskrankenkassen gleich.

Zu § 330

Die Vorschrift soll gewährleisten, daß die Mitglieder der aufnehmenden Kassen nicht zusätzlich mit den Fehlbeträgen belastet werden, die bei Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Kassen verbleiben.

Zu § 331

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 391 RVO). Es wird jedoch von Gesetzes wegen angeordnet, daß Mehr- und Ermessensleistungen solange nicht gewährt werden dürfen, bis die Organe die Erhöhung der Beiträge durch Satzungsänderung beschlossen haben und die Aufsichtsbehörde diese Satzungsänderung genehmigt hat. Damit soll erreicht werden, daß die für die Beitragserhöhung zuständigen Organe ihre Beschlüsse mit der gebotenen Beschleunigung fassen.

Zu § 332

Diese Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 392 RVO). Da die Rücklage in einer Höhe festgesetzt ist, die für die vorgesehene Zweckbestimmung ausreicht, und die wichtigsten Leistungen durch Gesetz festgelegt sind (Höhe und Dauer des Krankengeldes, Dauer der Krankenhauspflege), soll, wenn die Einnahmen die Ausgaben übersteigen, nur eine Beitragsermäßigung in Betracht kommen.

Zu § 333

Das Bedürfnis, die Rechnungsergebnisse und Statistiken auf Bundesebene zusammenzufassen, macht es notwendig, um die Vergleichbarkeit der Werte sicherzustellen, das Haushaltwesen, die Buch- und Rechnungsführung sowie die Aufstellung von Statistiken bundeseinheitlich zu regeln. § 202 AVAVG wird dadurch nicht berührt.

Zu § 334

In welcher Höhe Betriebsmittel zur Verfügung stehen müssen, war bisher gesetzlich nicht vorgeschrieben. Diese Lücke wird nunmehr geschlossen.

Zu § 335

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 363, 364, 364 a RVO).

Absatz 1

Auf Rücklagen können die Krankenkassen, bei denen wegen der Eigenart des abzudeckenden Risikos jederzeit unvorhergesehene Ausgaben entstehen können, nicht verzichten. Die im Vergleich zu den anderen Kassenarten wesentlich höhere Rücklage bei den Ersatzkassen soll die Gefahr persönlicher Haftung der Mitglieder, wie sie § 330 vorsieht, verringern. Satz 2 dient der Klarstellung.

Absatz 2

Die Rücklage derart zu spalten, daß sie zur Hälfte dort verbleibt, wo sie aufgebracht wird, und zur anderen Hälfte beim Landesverband gebildet wird, entspricht wirtschaftlichen und verwaltungsmäßigen Überlegungen. Sofern die Kassen die Hälfte der Rücklage nicht selbst verwalten wollen, gibt ihnen der Entwurf das Recht, die Bildung und Verwaltung der genannten Rücklage dem Landesverband zu übertragen. Nur die Kassen, die keinem Landesverband angehören, sollen ihre Rücklagen selbst bilden.

Absatz 3

Soweit Rücklagen nicht vorhanden sind, sollen sie beschleunigt gebildet werden. Deshalb erscheint es zweckmäßig, aber auch ausreichend, 2 v. H. der im Voranschlag vorgesehenen Beitragseinnahmen an die Rücklage abzuführen. Die Abführungsquote verringert sich auf 1 v. H., wenn die Rücklage zur Hälfte aufgefüllt ist.

Zu § 336

Sowohl die Rücklagen bei den Landesverbänden wie die bei den Kassen gebildeten Rücklagen sind als Sondervermögen zu verwalten. Dabei ist davon ausgegangen, daß die Rücklagen der einzelnen Kassen bei den Landesverbänden als Gemeinschaftsvermögen und nicht als Vermögen der einzelnen Kasse angelegt werden. Für die Verwaltung der Rücklagen, die zu den aus Mitteln der Versicherungsträger gebildeten Vermögen gehören, gelten die §§ 25 ff. RVO.

Zu § 337

Diese Vorschriften ergeben sich aus dem Charakter des Rücklagevermögens als Gesamtvermögen. Sie entsprechen im übrigen dem geltenden Recht (§ 364 b RVO).

Zu § 338

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 364c RVO). Damit die Rücklage nicht für Zwecke verwendet wird, für die sie nicht gedacht ist (z. B. um eine vorübergehend notwendige Beitragserhöhung zu umgehen), soll die Verfügung über das Rücklageguthaben von der Genehmigung der Aufsichtsbehörde abhängig sein.

Zu § 339

Die Vorschrift ist neu. Seit Jahrzehnten, insbesondere aber seit 1946, sind den Krankenkassen in immer größerem Umfange Auftragsangelegenheiten übertragen worden (Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes, des Mutterschutzgesetzes, des Heimkehrergesetzes, des Häftlingshilfegesetzes usw.), ohne daß ihnen immer für die entstandenen Aufwendungen und Verwaltungskosten voller Ersatz geleistet wird. Damit werden die Beiträge der Versicherten zweckfremd verwendet. Die Vorschrift gibt nicht nur eine Begriffsbestimmung der Auftragsangelegenheit, sie stellt zugleich sicher, daß die entstandenen Aufwendungen zuzüglich Verwaltungskosten zu ersetzen sind.

Zu § 340

Diese Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 363a Abs. 1 RVO). Den Krankenkassen soll weiterhin das Recht gegeben sein, die Krankenpflege für Sozialhilfeempfänger zu übernehmen, wenn die Träger der Sozialhilfe es beantragen.

Zu § 341

Die Vorschrift deutet darauf hin, daß die im Sechsten Abschnitt vorgesehenen Besonderheiten an die Stelle der entsprechenden Bestimmungen in den vorausgegangenen fünf Abschnitten treten oder diese ergänzen.

Zu § 342

Im bisherigen Recht gilt als wichtigste Besonderheit für die Versicherung der Hausgehilfen, daß sie Anspruch auf die sogenannte „erweiterte Krankenpflege" haben. Diese beinhaltet praktisch den Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege. Da der Entwurf allgemein einen Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege vorsieht, braucht diese Besonderheit für Hausgehilfen nicht länger aufrechterhalten zu werden. Auch alle übrigen Besonderheiten des geltenden Rechts entsprechen nicht mehr den Zielsetzungen des Entwurfs.

Nach bisherigem Recht gehören Hausgehilfen grundsätzlich in die Landkrankenkasse. Daran hält auch der Entwurf fest. Es soll aber andererseits von einem Arbeitgeber, der daneben Arbeitnehmer beschäftigt, für die eine andere Kasse zuständig ist, nicht verlangt werden, daß er mit zwei oder mehreren Kassen abrechnet. Deshalb sollen in diesen Fällen auch die Hausgehilfen bei der Kasse versichert sein, bei der die anderen Arbeitnehmer zwangsversichert sind.

Zu § 343

Die Versicherung der „unständig Beschäftigten" ist bisher in den §§ 441 ff. RVO geregelt. Die Gültigkeit dieser Vorschriften ist jedoch zweifelhaft, weil sie in ihrer Gesamtheit durch Artikel 15 der Ersten Verordnung zur Vereinfachung des Leistungs- und Beitragsrechts vom 17. März 1945 aufgehoben worden sind. Zwar hat die SVD Nr. 4 für die Länder der ehemaligen britischen Besatzungszone den Artikel 15 der genannten Verordnung wieder aufgehoben. Damit sind die alten Rechtsvorschriften aber nicht wieder in Kraft getreten.

Da die Verhältnisse bei den unständig Beschäftigten sachlich und örtlich sehr verschieden sind, erscheint eine bundeseinheitliche Gesamtregelung nicht angezeigt. Der Entwurf beschränkt sich daher auf Rahmenvorschriften über Beginn und Ende der Mitgliedschaft und die Kassenzugehörigkeit. Alles nähere soll Regelungen der Landesgesetzgebung überlassen bleiben.

Der besondere Charakter der Mitgliedschaft wegen unständiger Beschäftigung schließt nicht aus, daß die Versicherung bei Aufgabe der unständigen Beschäftigung freiwillig fortgesetzt werden kann. Der Antrag hat konstitutiven Charakter nur für die Mitgliedschaft bei der zuständigen Kasse, nicht jedoch für die Versicherungspflicht.

Zu § 344

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 459 RVO). An Stelle der Anmeldung nach der Zahl der Beschäftigten wird jedoch die namentliche Anmeldung gefordert. Später hinzukommende Beschäftigte sind im Wege der Amtshilfe der zuständigen Kasse zu melden.

Zu § 345

Absatz 1

Die besonderen Verhältnisse im Reisegewerbe lassen es notwendig erscheinen, den Arbeitgeber zu verpflichten, ein Verzeichnis seiner Beschäftigten mit sich zu führen. Dieses Verzeichnis wird erstmalig von der nach § 344 zuständigen Kasse ausgestellt oder ergänzt, wobei als zuständige Kasse auch die Kasse des Aufenthaltsortes anzusehen ist.

Absatz 2

Das Verzeichnis muß über Vorname und Zuname, Geburtsdatum, Beginn und Ende der Beschäftigung sowie über die gezahlten Entgelte Aufschluß geben. Das Nähere soll die nach § 300 zu erlassende Rechtsverordnung bestimmen.

Zu § 346

Diese Vorschrift ist in Verbindung mit § 348 Abs. 1 zu sehen. Die für die Erteilung der Reisegewerbe-

karte zuständige Behörde soll prüfen, ob der Arbeitgeber seine gesetzliche Verpflichtung erfüllt hat, ihn gegebenenfalls dazu anhalten.

Zu § 347

Absatz 1

Grundsätzlich ist auch für die Gewährung der Leistung die in § 344 genannte Kasse zuständig. Die Eigenart des Reisegewerbes verlangt es aber, daß Leistungen auch von der Ortskrankenkasse des jeweiligen Aufenthaltsortes gewährt werden. Die Aufwendungen sollen von der zuständigen Kasse ersetzt werden.

Absatz 2

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen durch die Kasse des Aufenthaltsortes im Wege der Aushilfe soll es genügen, wenn der Kasse die Anspruchsberechtigung durch eine Bescheinigung des Arbeitgebers nachgewiesen wird, daß der Versicherte in das Verzeichnis eingetragen ist.

Absatz 3

Grundsätzlich sollen Beiträge und Leistungen des im Reisegewerbe Beschäftigten wie bei den anderen Versicherten berechnet und gewährt werden, nämlich nach dem vereinbarten oder dem tatsächlich gezahlten Entgelt. Bei der Schwierigkeit, die Höhe des vereinbarten oder des tatsächlich gezahlten Entgelts festzustellen, die bei diesem Personenkreis gegeben sein kann, ist ein Mindestentgelt in Höhe von 250 DM im Monat vorgesehen.

Zu § 348

Absatz 1

Die besonderen Erschwernisse des Beitragseinzugs bei den Arbeitgebern macht es notwendig, die Beiträge für eine bestimmte Zeit im voraus zahlen zu lassen. Nimmt der Arbeitgeber unterwegs neue Beschäftigte an, die er von Ort zu Ort mit sich führen will, so sind die Beiträge für drei Monate im voraus an die Kasse des Aufenthaltsortes zu zahlen, die auch die Meldungen entgegennimmt und das Verzeichnis ergänzt.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 460 Abs. 2 RVO).

Zu § 349

Im Gegensatz zum Heimarbeitsgesetz kennt die Reichsversicherungsordnung nur den Begriff „Hausgewerbetreibende" (§ 162 RVO). Diese Vorschrift gibt aber keine umfassende Begriffsbestimmung, sondern hebt nur einige Merkmale hervor, die beim Hausgewerbetreibenden erfüllt sein müssen. Aus dieser Abweichung vom Heimarbeitsgesetz haben sich in der Vergangenheit Zweifel und Streitigkeiten ergeben, die von der Rechtsprechung entschieden werden mußten. Danach kann zur Zeit der Hausgewerbetreibende im Sinne des § 162 RVO als eine Zwischenstufe zwischen den unselbständigen Arbeitnehmern und dem für eigene Rechnung arbeitenden Gewerbetreibenden aufgefaßt werden (vgl. hierzu „Die Arbeiterversorgung" 1943 S. 115). Nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 16. April 1940 (AN S. II 245) ist die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes zu § 162 RVO von der abweichenden Begriffsbestimmung des Heimarbeitsgesetzes von 1942 nicht beeinflußt worden. Das gilt auch in bezug auf das Heimarbeitsgesetz vom 14. März 1951. Demnach werden gegenwärtig, wenn die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen vorliegen, diejenigen Personen versicherungsrechtlich als Hausgewerbetreibende behandelt, die im Sinne des Heimarbeitsgesetzes als Heimarbeiter bezeichnet sind (§ 2 Abs. 1). Die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung bietet Gelegenheit, die unterschiedlichen Begriffsbestimmungen, die sich auf dem Gebiete des Arbeits- und des Sozialversicherungsrechts herausgebildet haben, zu vereinheitlichen. Da das Heimarbeitsgesetz die umfassendsten und seit Jahren in der Praxis verwendeten Begriffsbestimmungen enthält, liegt es nahe, auch in der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Begriffsbestimmungen des Heimarbeitsgesetzes abzustellen (s. hierzu § 166 Abs. 1 Nr. 2).

Nachdem die arbeitsrechtlichen Verhältnisse der in Heimarbeit Beschäftigten in einem Arbeitsgesetz geregelt sind, ist auch in der gesetzlichen Krankenversicherung eine einheitliche Regelung möglich. Bisher war die Versicherung der Heimarbeiter weitgehend dem Statut der Gemeinden oder kommunalen Verbände oder der Satzung der zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkassen überlassen.

§ 349 des Entwurfs lehnt sich weitgehend an das bisherige Recht an, wenn er bestimmt, daß die in Heimarbeit beschäftigten Versicherungspflichtigen bei der Ortskrankenkasse ihrer Betriebsstätte versichert sind (§ 154 Abs. 2, § 470 RVO). Diese Regelung entspricht der Besonderheit, daß der Arbeitgeber (Auftraggeber) häufig außerhalb des Bezirks der Kasse wohnt, in welchem sich die Betriebsstätte der Beschäftigten befindet. Satz 2 stellt sicher, daß auch dann nur eine Kasse für die Durchführung der Versicherung zuständig bleibt, wenn der in Heimarbeit Beschäftigte mehrere Betriebsstätten hat, die in Bezirken verschiedener Ortskrankenkassen liegen.

Zu § 350

Die Vorschrift regelt die Meldepflicht der Auftraggeber. Damit wird die zuständige Kasse überhaupt erst in die Lage versetzt, die Versicherung durchzuführen. Dem Auftraggeber werden alle Pflichten auferlegt, die in den allgemeinen Vorschriften dem Arbeitgeber obliegen (Auskunfterteilung, Anzeige bei Änderungen, die das Versicherungsverhältnis berühren, Vorlage der Bücher usw.).

Die Möglichkeit, daß in Heimarbeit Beschäftigte für verschiedene Auftraggeber gleichzeitig oder nacheinander tätig sind, macht es erforderlich, das Ende der Beschäftigung bei einem Auftraggeber dann anzunehmen, wenn innerhalb von zwei Wochen keine weiteren Aufträge erteilt werden sollen.

Zu § 351

Absatz 1

Die Verpflichtung der Auftraggeber, den in Heimarbeit Beschäftigten Entgeltbücher auszuhändigen, die bei den Beschäftigten verbleiben und in die bei jeder Ausgabe und Abnahme von Arbeit Art und Umfang der Arbeit, die Entgelte und der Tag der Ausgabe und der Lieferung einzutragen sind, sichert der Kasse die für die Durchführung der Versicherung unerläßlichen Angaben. Da der Auftraggeber das Entgelt auszahlt und in die Entgeltbücher einträgt, soll er wie jeder andere Arbeitgeber auch verpflichtet sein, den allgemeinen und besonderen Beitrag abzuführen.

Absatz 2

Heimarbeiter haben keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit. Die Kasse muß also auch für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit Krankengeld zahlen. Es ist deshalb gerechtfertigt, diesen Mehraufwand durch einen entsprechend erhöhten Beitrag auszugleichen.

Absatz 3

Die Vorschrift trägt der Tatsache Rechnung, daß die Unkosten bei Hausgewerbetreibenden und Zwischenmeistern je nach der Zahl der von ihnen beschäftigten Hilfskräfte und der Art ihrer Arbeit unterschiedlich sind. Diese Unkosten sollen versicherungsrechtlich nicht als Entgelt behandelt werden.

Zu § 352

Die unterschiedlichen Verdienstverhältnisse der in Heimarbeit Beschäftigten lassen es angezeigt erscheinen, für die Bemessung der Leistungen einen längeren Ausgangszeitraum zu wählen, weil damit ein gerechter Durschnittsbetrag zustande kommt. Als ein solcher Zeitraum kann nach den Erfahrungen ein Dreimonatszeitraum angesehen werden. Für die Feststellung bietet das Entgeltbuch eine ausreichende und zuverlässige Grundlage.

Zu § 353

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht.

Absatz 2

Es gibt im geltenden Recht keine Vorschrift darüber, welcher Beitrag für Lehrlinge ohne Entgelt zu erheben ist. Diese Lücke wird nunmehr geschlossen. Da nicht vorgeschrieben ist, daß die Beiträge nach der niedrigsten Lohnstufe zu erheben sind, bleibt der Satzung die Wahl der Lohnstufe überlassen. Für die Einstufung werden vergleichbare Beschäftigte mit Entgelt maßgebend sein.

Zu § 354

Die Besonderheiten der Krankenversicherung der Seeleute werden auf Seeleute erstreckt, die als Arbeitnehmer auf Kriegs- und Hilfsschiffen der Bundeswehr eingeschifft sind. Damit soll diesen Seeleuten auch die Mitgliedschaft bei der See-Krankenkasse erhalten bleiben, die sie sonst verlieren würden, wenn das Schiff z. B. vorübergehend als Hilfsschiff der Bundeswehr verwendet wird. Im übrigen entspricht die Vorschrift dem bisherigen Recht (§ 165 Abs. 3 RVO).

Zu § 355

Seit dem Jahre 1945, als die deutsche Seeschiffahrt still lag, haben viele deutsche Seeleute, um der Arbeitslosigkeit zu entgehen, auf ausländischen Schiffen angeheuert. Diese deutschen Seeleute sollten den Schutz der Sozialversicherung nicht entbehren. Deshalb hat die See-Krankenkasse die hier vorgesehene Regelung seit Jahren ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung angewendet. Dieser Übung soll nunmehr die gesetzliche Grundlage gegeben werden.

Zu § 356

In § 171 Abs. 2 ist vorgesehen, daß die freiwillige Weiterversicherung binnen eines Monats nach dem Ende der Versicherungspflicht erklärt werden muß. Diese Frist soll auch für Seeleute gelten. Da jedoch die Versicherungspflicht während eines Auslandsaufenthalts enden kann, beginnt der Lauf der Frist in den Fällen, in denen das Besatzungsmitglied einen Rückbeförderungsanspruch nach § 72 des Seemannsgesetzes, hat, erst mit der Rückkehr in den Geltungsbereich dieses Gesetzes.

Zu § 357

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem geltenden Recht (§ 478 Abs. 1 RVO).

Zu § 358

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 479 RVO).

Zu § 359

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 480 Abs. 1 RVO).

Zu § 360

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 481 RVO). Anregungen der Ver-

waltungspraxis folgend, sind die bisherigen Einschränkungen dieser Leistung beseitigt worden. Der letzte Satz stellt klar, was bisher zweifelhaft war, daß die Unterbringung im Seemannsheim der Krankenhauspflege gleichzustellen ist, daß also nebenher das gekürzte Krankengeld gezahlt wird.

Zu § 361

Absätze 1 bis 3

Diese Vorschriften entsprechen dem geltenden Recht (§ 487 RVO).

Absatz 4

Nach § 42 des Seemannsgesetzes hat das Besatzungsmitglied während seines Aufenthalts an Bord oder außerhalb des Geltungsbereiches des Grundgesetzes im Falle einer Erkrankung oder Verletzung Anspruch auf ausreichende und zweckmäßige Krankenfürsorge auf Kosten des Reeders. Ein ähnlicher Anspruch ist Versicherten gegenüber dem Arbeitgeber eingeräumt, wenn sie bei Tätigkeiten im Ausland erkranken (§ 230 des Entwurfs). Während jedoch im geltenden Recht der Arbeitgeber gegen die Krankenkasse für die entstandenen Aufwendungen einen Ersatzanspruch hat (§ 222 RVO), fehlt eine entsprechende Vorschrift für den Reeder. Dies erscheint nicht gerechtfertigt. Mit der Ermächtigung, durch die Satzung eine Pauschalerstattung vorzusehen, soll eine verwaltungsmäßig einfache Abrechnung ermöglicht werden. Die Kosten der Krankenfürsorge, die der Reeder an Bord erbringt, sollen dagegen nicht erstattungsfähig sein.

Zu § 362

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 493 b RVO).

Es handelt sich um den Personenkreis, der im § 7 des Seemannsgesetzes aufgeführt ist, also nicht zur Besatzung des Seefahrzeuges gehört.

Zu § 363

Die Vorschrift entspricht zusammen mit § 365 des Entwurfs im wesentlichen dem geltenden Recht (§§ 483, 485 RVO); sie ist erweitert um das Aushilferecht der Betriebskrankenkasse der Reederei des Versicherten.

Zu § 364

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 486 RVO).

Zu § 365

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 167 RVO).

Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und ausländischen Arbeitgebern, nach denen der Arbeitgeber die nach deutschem Recht bestehenden Verpflichtungen übernimmt (An- und Abmeldung, Beitragszahlung), werden durch diese Vorschrift nicht berührt.

Zu § 366

Der Entwurf lehnt sich bei der Neuregelung des Verbänderechts weitgehend an das geltende Recht an. Das gilt vor allem für die Art der Zusammenschlüsse. Auch künftig sollen drei Verbandsformen zulässig sein: Bezirksverbände, Landesverbände und Bundesverbände der Krankenkassen. Die Ausgestaltung dieser Verbandsformen hat sich bewährt und allen Anforderungen genügt, die in der Vergangenheit an sie gestellt worden sind. Die Verbandsformen der Krankenkassen sind im Siebenten Abschnitt abschließend geregelt. Die Kassen können daher über die hier festgelegten Zusammenschlüsse hinaus andere Zusammenschlüsse in Verbandsform nicht bilden.

Die Bildung von Sektionen (§ 415 bis § 415 b RVO) ist künftig nicht mehr zugelassen, da ein Bedürfnis hierzu nicht besteht.

Absatz 1

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es Aufgaben, die aus Gründen der Einheitlichkeit, der Sparsamkeit und der Verwaltungsvereinfachung zweckmäßigerweise von den Kassen gemeinschaftlich erledigt werden. Da oft besondere örtliche Verhältnisse eine sachgemäße Erledigung dieser Aufgaben durch einen größeren Verband nicht zulassen, sieht der Entwurf neben der Bildung von Landes- und Bundesverbänden vor, daß sich Kassen mit dem Sitz innerhalb des Bezirks einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises auch zu „Bezirksverbänden" zusammenschließen können. Das entspricht dem geltenden Recht (§ 406 Abs. 1 RVO). Die erforderliche staatliche Mitwirkung obliegt der Aufsichtsbehörde, die für den Verband nach seiner Konstituierung zuständig ist.

Absatz 2

Um auch Kassen mit dem Sitz außerhalb eines solchen Bezirks an der Wahrnehmung gemeinschaftlichen Aufgaben zu beteiligen, sieht Absatz 2 eine Beitrittsmöglichkeit zu den Bezirksverbänden vor, wenn diese Kassen Verwaltungs- oder Geschäftsstellen innerhalb des Bezirks unterhalten.

Absatz 3

Nach geltendem Recht (§ 411 Abs. 2 RVO) können die Vertreterversammlungen der beteiligten Kassen die Auflösung eines Verbandes beschließen. Dieses Recht überträgt der Entwurf dem Vorstand des Verbandes (vgl. Absatz 5). Da die Zugehörigkeit zu einem Bezirksverband für die einzelnen Kassen freiwillig ist, kann die Kasse jederzeit aus dem Verband ausscheiden. Anders als im geltenden Recht (§ 411 Abs. 1 RVO) ist das Ausscheiden nicht an eine Frist gebunden. Die erforderliche staatliche

Mitwirkung bei Auflösung des Verbandes und Ausscheiden von Kassen aus dem Verband wird durch die Genehmigung der Aufsichtsbehörde sichergestellt, die den Zeitpunkt der Veränderung festzusetzen hat.

Absatz 4

Wie nach geltendem Recht kann es wegen besonderer örtlicher Verhältnisse zweckmäßig sein, einen Bezirksverband ausnahmsweise mit größerem Wirkungsbereich als in Absatz 1 vorgesehen, zu bilden. Das soll auch künftig mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes zulässig sein.

Absatz 5

Die Aufgaben der Bezirksverbände erfordern, diesen die Eigenschaft als Körperschaften des öffentlichen Recht zu verleihen. Da der Zweck des Verbandes in der Regel darin besteht, Verwaltungsgemeinschaften zur Durchführung bestimmter Aufgaben zu bilden, scheint ein Vorstand als einziges Verbandsorgan ausreichend. Eine Vertreterversammlung ist nicht vorgesehen.

Zu § 367

Absatz 1

Abweichend vom geltenden Recht (§ 408 Satz 1 RVO) stellt der Vorstand des Bezirksverbandes die Satzung auf. Das ergibt sich aus seiner Stellung als einzigem Organ der Körperschaft. Die Vorschriften über den Inhalt der Satzung entsprechen im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 409 RVO) und sind aus Gründen der Gesetzeseinheitlichkeit weitgehend den Bestimmungen, die für Kassen gelten, angeglichen.

Nr. 3

Im Hinblick auf die Aufgaben des Verbandes ist es erforderlich, auch Vorschriften über die Vermögensauseinandersetzung und die Haftung für Verbindlichkeiten bei Auflösung des Verbandes oder bei Ausscheiden einzelner Kassen vorzusehen. Die Regelungen hierüber soll die Satzung treffen.

Absatz 2

Da für die Vereinbarkeit des Satzungsinhalts mit dem Gesetzesrecht und für die Genehmigung der Satzung und ihre Änderungen nichts anderes gelten kann als für die im Verband zusammengeschlossenen Kassen selbst, ist die entsprechende Anwendung der für die Kassen geltenden Vorschriften vorgesehen. Das entspricht auch dem geltenden Recht (§§ 25, 408 RVO).

Zu § 368

Absatz 1

Die Vorschrift tritt an die Stelle des § 407 RVO. Von den dort angeführten Aufgaben sollen lediglich die in Nr. 3, 6 und 7 bezeichneten den Bezirksverbänden vorbehalten bleiben. Für die Zuweisung der übrigen in § 407 RVO angeführten Aufgaben besteht künftig kein Bedürfnis. Als eine neue Aufgabe tritt die Prüfung der den Kassen eingereichten Verordnungsblätter und ärztlichen Leistungsnachweise hinzu. Das erscheint zweckmäßig, um unter Berücksichtigung örtlicher Verhältnisse innerhalb eines Bezirkes einheitliche Maßstäbe bei diesen Prüfungen zu gewährleisten.

Dem Grundsatz der Freiwilligkeit beim Zusammenschluß der Kassen zu Bezirksverbänden entspricht es, der einzelnen Kasse zu überlassen, welche Aufgaben sie auf den Verband übertragen will und andererseits in das Ermessen des Bezirksverbandes zu stellen, welche Aufgaben er übernehmen will. Damit der Verband mit Wirkung für und gegen die einzelne Kasse tätig werden kann, ist die Erteilung einer Vollmacht durch die Kasse erforderlich. Damit wird zugleich zum Ausdruck gebracht, daß die Kassen nicht gezwungen sind, sämtliche in Absatz 1 Nr. 1 bis 4 aufgeführten Aufgaben zu übertragen. Der Kasse soll vielmehr überlassen bleiben, ob sie einzelne der hier angeführten Aufgaben selbst erledigen will. Satz 2 dient der Klarstellung.

Absatz 2

Da die Verhältnisse in einzelnen Ländern unterschiedlich sind und den Kassen ermöglicht werden soll, noch andere Aufgaben den Verbänden zu übertragen, sieht die Vorschrift die Übernahme anderer, nicht in Absatz 1 genannter Aufgaben durch die Bezirksverbände vor, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes zustimmt.

Zu § 369

Die angeführten Vorschriften gelten unmittelbar nur für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Da für den Erwerb von Grundstücken, der Errichtung und Erweiterung von Gebäuden und Eigenbetrieben, der Rechts- und Amtshilfepflicht, der Vollstreckung und des Auslagenvorschusses, der Bestellung von Vollziehungs- und Vollstreckungsbeamten und der Verwaltung der Mittel für die Bezirksverbände nichts anderes gelten kann als für die Kassen selbst, ist die entsprechende Anwendung der für die Kassen geltenden Vorschriften vorgesehen (vgl. § 413 Abs. 2 RVO, § 408 Abs 2 RVO).

Zu § 370

Die Vorschrift entspricht § 414 Abs. 1 und 2 RVO. Die in § 414 Abs. 1 Satz 3 RVO vorgesehene Bestimmung, daß andere Träger der Krankenversicherung den Landesverbänden beitreten können, ist nicht mehr aufgenommen worden, da ein Bedürfnis hierfür nicht besteht.

Absatz 2

entspricht Artikel 4 Buchstabe a des Gesetzes über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen vom 17. August 1955 und über-

nimmt diese Regelung für alle Länder, in denen nur eine Kasse der gleichen Kassenart besteht.

Absatz 3

entspricht dem geltenden Recht.

Zu § 371

Absatz 1

entspricht § 414 Abs. 3 Satz 1 RVO.

Absatz 2

entspricht § 414 Abs. 3 Satz 2 RVO. Es erscheint zweckmäßig, die See-Krankenkasse wegen ihres besonderen Charakters und ihres über das ganze Bundesgebiet gestreuten Mitgliederkreises dem Bundesverband der Ortskrankenkassen anzuschließen, zumal die Ortskrankenkassen in der Regel auch die Leistungsaushilfe für die Mitglieder der See-Krankenkasse vornehmen.

Absatz 3

Nach geltendem Recht können sich die Verbände der Ersatzkassen in der Rechtsform eingetragener Vereine zusammenschließen (§§ 525 a und 525 b RVO). Der Einbeziehung der Arbeiter- und Angestelltenersatzkassen in den Kreis der gesetzlichen Krankenkassen und dem Grundsatz der Gleichbehandlung entspricht es, für den Zusammenschluß dieser Kassen die gleiche Verbandsform vorzusehen, wie sie für die übrigen gesetzlichen Krankenkassen vorgeschrieben ist. Da die Ersatzkassen einen über das Gebiet eines Landes hinausgehenden Wirkungsbereich haben, kommt nur ein Zusammenschluß in der Form von Bundesverbänden als Körperschaften des öffentlichen Rechts in Betracht.

Zu § 372

Die Vorschrift entspricht dem § 414 Abs. 4 Satz 1 RVO.

Bestimmungen zur Regelung der Aufsicht über die Landes- und Bundesverbände sind hier entbehrlich, da das gesamte Aufsichtsrecht in den §§ 424 ff. zusammengefaßt ist.

Zu § 373

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 414 b Abs. 1 RVO und ist den für die Kassen und die Bezirksverbände geltenden Bestimmungen angepaßt, soweit nicht die Besonderheiten der Bundes- oder Landesverbände Abweichungen erfordern.

Zu § 374

Da die Verbände künftig eine Hälfte der Kassenrücklagen verwalten, ist es notwendig, ebenso wie für die bei den Kassen zu bildenden Rücklagen (§ 335) sicherzustellen, daß sie verzinslich und wertbeständig angelegt werden. Das soll durch die Einbeziehung des § 26 RVO sichergestellt werden. Die für die Kassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Vorschriften über den Erwerb von Grundstücken (§ 27 d RVO), die Errichtung und Erweiterung von Gebäuden und Eigenbetrieben (§ 27 e RVO), die Rechtshilfepflicht (§§ 115, 116 RVO), den Auslagenersatz (§ 117 RVO), die Rechte und Pflichten der Organe (§ 294 Abs. 1) und über die Verwaltung der Mittel (§ 333 Abs. 1) sollen für die Verbände in gleichem Umfange gelten. Die entsprechende Anwendung dieser Bestimmungen ist deshalb vorgesehen.

Zu § 375

Der Katalog der Aufgaben entspricht weitgehend dem geltenden Recht (§ 414 e RVO). Da die Landesverbände der Krankenkassen künftig die Rücklage ihrer Mitgliedskassen zur Hälfte verwalten und Kur- und Genesungsheime sowie ähnliche Einrichtungen errichten und betreiben sollen, ist die Vorschrift um die Nummern 7 und 8 erweitert.

Zu § 376

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 414 f RVO, ist jedoch um die Nummer 5 erweitert.

Zu § 377

Da die Ersatzkassen nicht in Landesverbänden, sondern ausschließlich in Bundesverbänden zusammengeschlossen sein sollen, muß bestimmt werden, daß die Bundesverbände der Ersatzkassen auch die den Landesverbänden zugewiesenen Aufgaben nach § 375 wahrzunehmen haben. Die Vorschrift des § 375 Satz 2 Nr. 7 ist ausgenommen, weil § 335 Abs. 2 bestimmt, daß Kassen, die keinem Landesverband angehören, die Rücklage selbst bilden.

Zu § 378

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 414 g RVO. Die Unterstützung der zuständigen Behörden ist abweichend vom geltenden Recht den Verbänden zwingend vorgeschrieben. Das entspricht der öffentlich-rechtlichen Stellung dieser Verbände.

Zu § 379

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 414 h RVO. Nach geltendem Recht kann zweifelhaft sein, ob ein Verwaltungsakt, der sich auf die Errichtung, Vereinigung, Auflösung oder Schließung von Kassen bezieht, deswegen anfechtbar ist, weil die Verbände der Krankenkassen nicht gehört worden sind. Um eine Anhörung nicht grundsätzlich und in Fällen vorzuschreiben, in denen sie entbehrlich erscheint oder ein für die Entscheidung dienliches Ergebnis nicht zu erwarten ist, soll die bisherige Mußvorschrift durch eine Sollvorschrift ersetzt werden.

Zu § 380

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht (§ 368 RVO). § 368 Abs. 1 RVO ist in vereinfachter Form in den Entwurf übernommen worden.

Absatz 2

Die Neufassung dient der Klarstellung.

Absatz 3

Die Vorschrift ist um die im Zweiten Abschnitt vorgesehenen Leistungen der Vorsorgehilfe, die ärztliche Betreuung bei Mutterschaft, die Eingliederung des notwendigen Zahnersatzes und die Erstellung von Berichten, die der vertrauensärztliche Dienst zur Durchführung seiner neuen Aufgaben im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes benötigt, erweitert. Auch diese Leistungen gehören zu der durch Kassenärzte zu erbringenden ärztlichen Behandlung.

Zu § 381

Die Vorschrift entspricht weitgehend dem geltenden Recht (§§ 122, 368, 368 d Abs. 1 RVO).

Wie bisher, soll die ärztliche Behandlung den zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen oder an ihr beteiligten Ärzten und Zahnärzten vorbehalten bleiben. Der Entwurf kennt Zulassung und Beteiligung als Formen der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen, die gegeneinander in den folgenden Paragraphen und in der Zulassungsordnung näher abgegrenzt werden. Soweit die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen mit Universitäten Verträge schließen (§ 401 Abs. 4) und soweit die Krankenkassen Eigeneinrichtungen unterhalten, wird ausdrücklich klargestellt, daß die ärztliche Behandlung auch durch diese Institute gewährt wird.

Die Vorschrift schließt eine Teilnahme von anderen Ärzten an der ambulanten Versorgung der Versicherten, außer in Notfällen, aus (vgl. § 185 Abs. 2).

Zu § 382

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht (§ 368 a Abs. 2 RVO).

Absatz 2

entspricht dem geltenden Recht (§ 368 a Abs. 4 RVO). Der Entwurf verwendet die Bezeichnung „ordentliches" Mitglied nicht mehr, sondern spricht von „Mitgliedern". Wegen der außerordentlichen Mitgliedschaft vgl. § 397 Abs. 2.

Zu § 383

Die Vorschrift schließt an die durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 und Beschluß vom 8. Februar 1961 geschaffene Rechtslage an. Durch die Entscheidungen ist das auf eine Verhältniszahl abgestellte Auswahlverfahren bei der Zulassung für verfassungswidrig erklärt worden. Nicht dagegen werden die Eintragung in das Arztregister, die Zulassung als Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit und der Verpflichtung hierzu und die Zuweisung eines Kassenarztsitzes als verfassungswidrig angesehen. Diese Verwaltungsakte haben Ordnungscharakter und können auch künftig nicht entbehrt werden.

Absatz 1

entspricht weitgehend dem geltenden Recht (§ 368 a Abs. 3 RVO).

Absatz 2

Durch diese Vorschrift wird dem sich um die Zulassung bewerbenden Arzt ein Rechtsanspruch auf Zulassung eingeräumt, wenn er die persönlichen Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt. Die persönlichen Voraussetzungen werden wie bisher in der Zulassungsordnung geregelt (§§ 20 und 21 der Zulassungsordnung für Kassenärzte und der Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte vom 28. Mai 1957). Als weitere gesetzliche Voraussetzung für die Zulassung soll die hauptberufliche Tätigkeit des Arztes in freier Praxis festgelegt werden. Damit soll sichergestellt werden, daß nur solche Ärzte zugelassen werden, die für die kassenärztliche Versorgung persönlich in erforderlichem Umfang zur Verfügung stehen. Dies trifft beispielsweise für Ärzte in einem Beamten- oder in einem Angestelltenverhältnis nicht zu. Das Erfordernis der hauptberuflichen Tätigkeit in freier Praxis braucht erst erfüllt zu sein, wenn der Zulassungsbeschluß wirksam wird, d. h. mit dem Zeitpunkt, in dem der Arzt nach dem Zulassungsbeschluß seine kassenärztliche Tätigkeit aufzunehmen hat. Der Arzt kann sich daher schon um die Zulassung bewerben, wenn er noch in einem Anstellungsverhältnis, z. B. als Assistenzarzt am Krankenhaus, steht.

Zu § 384

Absatz 1

Nach geltendem Recht (§ 368 a Abs. 6 RVO) kann die Zulassung entzogen werden, wenn die in dieser Vorschrift näher beschriebenen Voraussetzungen vorliegen. Die Entziehung der Zulassung ist künftig zwingend vorgeschrieben. Bei einem nachträglichen Wegfall der Zulassungsvoraussetzungen (z. B. Verlust der Approbation als Arzt) versteht es sich von selbst, daß für einen Ermessensspielraum des Zulassungsausschusses kein Raum sein kann. Auch bei einer gröblichen Verletzung der kassenärztlichen Pflichten soll der Zulassungsausschuß künftig die Zulassung entziehen müssen. Es wird ihm allerdings die Möglichkeit eingeräumt, auf Zeit oder auf Dauer zu entziehen. Damit kann er dem Unrechtgehalt der Verletzung Rechnung tragen.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden Recht (§ 368 a Abs. 5 RVO).

Absatz 3

Die Vorschrift entspricht sachlich dem geltenden Recht (§ 368 a Abs. 7 RVO).

Zu § 385

Absatz 1

Bis zum oben erwähnten Urteil des Bundesverfassungsgerichts wurde die kassenärztliche Versorgung durch Planungs- und Lenkungsmaßnahmen der Zulassungsausschüsse in allen Bezirken gleichmäßig sichergestellt. Da die neue Regelung dem Arzt das Recht gibt, am frei gewählten Ort seiner Niederlassung zugelassen zu werden, ist es denkbar, daß in einzelnen Bezirken sich nicht genügend Ärzte niederlassen, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen wollen. In der Regel wird es sich um solche Gebiete handeln, in denen der Arzt keine hinreichende Existenzgrundlage zu finden vermeint. Der Entwurf sieht daher vor, daß in Bezirken, in denen die kassenärztliche Versorgung als gefährdet anzusehen ist, dem Zulassungsbewerber eine Einkommensgarantie zugesichert wird. In diesem Falle findet eine Ausschreibung des Kassenarztsitzes statt. Der Verpflichtung und dem Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen, die kassenärzliche Versorgung sicherzustellen, entspricht es, daß sie die Aufwendungen für eine solche Einkommensgarantie zu tragen hat.

Absatz 2

Um einen objektiven Maßstab für die Entscheidung, ob die kassenärztliche Versorgung gefährdet ist, zu finden, stellt der Entwurf auf das Verhältnis der Kassenärzte zu der Zahl der Versicherten im Bezirk einer Ortskrankenkasse ab.

Zu § 386

Die Vorschrift entspricht weitgehend dem geltenden Recht (§ 368 a Abs. 8 RVO). Der Entwurf macht die Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte nicht mehr davon abhängig, daß die Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die leitenden Krankenhausärzte haben damit einen Rechtsanspruch auf Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung, der nicht mehr von einer Bedürfnisprüfung abhängig ist. Ihre Begrenzung auf das zweckmäßige Maß findet die Beteiligung dadurch, daß, wie schon im geltenden Recht, der Versicherte den Krankenhausarzt nur auf Überweisung durch den behandelnden Arzt in Anspruch nehmen kann. Der Umfang der Tätigkeit des beteiligten Arztes wird außerdem durch die Zulassungsordnung, ähnlich wie heute in § 29 der Zulassungsordnung für Kassenärzte, näher umschrieben werden (vgl. § 388 Abs. 2 Nr. 11). Die Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte soll dem Versicherten die Hilfe dieser in der Regel besonders erfahrenen Ärzte sichern. Dieses Ziel wird jedoch nur erreicht, wenn der leitende Krankenhausarzt verpflichtet ist, die ärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben, wie der Entwurf es vorsieht.

Zu § 387

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 368 b Abs. 1 und Abs. 8 Satz 2 RVO).

Absatz 2

Abweichend vom bisherigen Recht muß der Vorsitzende des Zulassungsausschusses die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst haben. Dies erscheint zweckmäßig, weil die Zulassungsausschüsse künftig fast ausschließlich Rechtsentscheidungen über formale Zulassungsvoraussetzungen zu treffen haben und die Berufungsausschüsse fortfallen sollen.

Absatz 3

Es kann im öffentlichen Interesse geboten sein, daß der Zulassungsausschuß die sofortige Vollziehung seiner Entscheidung anordnet. Dabei ist u. a. an Fälle zu denken, in denen die Entziehung der Zulassung wegen Rauschgiftsucht des Arztes ausgesprochen wurde.

Zu § 388

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem § 368 c Abs. 1 RVO. Der Erlaß von zwei Zulassungsordnungen ist nicht erforderlich, da die für die Zahnärzte notwendigen Abweichungen im Rahmen der Zulassungsordnung für Ärzte berücksichtigt werden können.

Absatz 2

Die Vorschrift wurde der Neuregelung des Zulassungsrechts angepaßt. So sind in der Zulassungsordnung Bestimmungen über die Feststellung der Verhältniszahl, das Verfahren vor den Berufungsausschüssen oder die Auswahl unter mehreren Bewerbern — außer im Falle des § 385 — nicht mehr erforderlich. Dagegen wird die Zulassungsordnung künftig einheitliche Grundsätze für die Feststellung der Voraussetzungen, unter denen die kassenärztliche Versorgung als gefährdet anzusehen ist, für die Bemessung der Mindesteinnahmen und die Auswahl unter mehreren Bewerbern bei der Ausschreibung eines Kassenarztsitzes mit einer Mindestgarantie enthalten müssen.

Zu § 389

Absatz 1

entspricht dem § 368 d Abs. 4 RVO.

Absatz 2

Der Kassenarzt ist ebenso wie die Kasse (§ 392 Abs. 1) an die Gebührenordnung gebunden. Da die Gebührenordnung von einem Ausschuß (§ 393) vereinbart wird, schien es erforderlich, dies im Gesetz ausdrücklich festzulegen.

Absatz 3

Die Vorschrift ersetzt § 368 e RVO. Dem Umfang und Inhalt des Anspruchs auf Krankenpflege, den § 184 Abs. 2 für den Versicherten festlegt, entspricht Umfang und Inhalt der ärztlichen Tätigkeit. So, wie der Versicherte eine nicht notwendige oder unwirtschaftliche Behandlung oder Verordnung nicht fordern und die Kasse sie nicht gewähren kann, so darf der Arzt sie nicht ausführen. Dabei konnte auf den Begriff der „Wirtschaftlichkeit" nicht verzichtet werden. Er bedeutet auf dem Gebiete der Arzneiverordnung keineswegs, daß der Versicherte nur „billige" Arzneimittel verordnet erhalten kann. Im Gegenteil, er hat Anspruch auch auf die teuersten Arzneimittel, wenn sie notwendig sind und wenn sie wirtschaftlich sind, d. h. wenn durch die Anwendung eines solchen Arzneimittels die Krankheit schneller geheilt werden kann und dadurch dem Versicherten Leiden erspart werden oder der Kasse insgesamt gesehen geringere Aufwendungen erwachsen. Wirtschaftlich verordnen bedeutet also, daß bei gleicher Indikation und bei gleicher Wirksamkeit das preisgünstigere gegenüber dem preislich ungünstigeren Medikament zu wählen ist. Der Arzt muß bei der Abwägung von angewendeten Mitteln und angestrebtem Erfolg auch die finanziellen Auswirkungen beachten. Immer ist der Gesichtpunkt der Wirtschaftlichkeit den Forderungen unterzuordnen, die sich aus den Regeln der ärztlichen Kunst ergeben.

Zu § 390

Absatz 1

Der Entwurf hält an der bisher üblichen Abrechnung zum Ende des Kalendervierteljahres fest, läßt jedoch die Möglichkeit offen, daß auch während eines Kalendervierteljahres die Nachweise über die Honorarforderungen eingereicht werden. Das Verfahren regeln die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Autonomie. Um die Prüfung der Honorarforderung zu ermöglichen, ist es erforderlich, daß der Kassenarzt der Kassenärztlichen Vereinigung die Krankheitsbezeichnung mitteilt (Satz 2).

Absatz 2

Der Versicherte soll künftig über die Kosten seiner ärztlichen Behandlung unterrichtet werden. Die Fassung der Vorschrift läßt der kassenärztlichen Selbstverwaltung Gestaltungsmöglichkeiten dafür, wer die Honorarforderung des Kassenarztes dem Versicherten mitteilen soll. Die Vorschrift, daß die Mitteilung an den Versicherten in keinem Fall die Krankheitsbezeichnung enthalten darf, läßt die Frage offen, ob der Arzt aus anderen Gründen verpflichtet ist, dem Patienten seine Diagnose zu offenbaren.

Zu § 391

Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Abrechnungsverfahren und das Prüfungsverfahren für die ärztliche Vergütung.

Wie schon nach geltendem Recht, tritt auch nach dem Entwurf der einzelne Kassenarzt nicht unmittelbar in finanzielle Beziehungen zur Krankenkasse. Die Abrechnung gegenüber der Kasse, die Geltendmachung der Forderungen aus den erbrachten ärztlichen Leistungen und die Weiterleitung der Honorare an die Kassenärzte ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben jedoch nicht nur die Interessen der Kassenärzte zu vertreten, sie wirken auch im öffentlichen Interesse. Der Entwurf überträgt ihnen die Prüfung der Forderungen des Kassenarztes auf sachliche und rechnerische Richtigkeit und auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise. Dieser öffentlich-rechtlichen Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen entspricht es auch, daß die sachlich und rechnerisch als richtig festgestellten Forderungen von der Kasse zunächst unverzüglich zu begleichen sind. Selbstverständlich bleibt der Kasse das Recht, zuviel gezahlte Beträge zurückzufordern, wenn sie bei ihrer Prüfung sachliche oder rechnerische Fehler feststellt.

Absatz 2

Der Entwurf kennt zwei Arten von Prüfungen bei Verstößen gegen § 389 Abs. 3 (Notwendigkeit oder Wirtschaftlichkeit einer Behandlung oder Verordnung). Aus der Stellung der Absätze 2 und 3 und aus der Fassung ergibt sich, daß die in Absatz 2 vorgesehene individuelle Prüfung der einzelnen Maßnahmen des Arztes den Regelfall darstellt. Aus ihrer öffentlich-rechtlichen Stellung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, Verstöße gegen § 389 Abs. 3 des Entwurfs dem Prüfungsausschuß vorzulegen. Ebenso ist die Kasse als Zahlungspflichtige berechtigt und als Treuhänderin der Gelder der Versichertengemeinschaft verpflichtet, Prüfanträge zu stellen, wenn sie dies für erforderlich hält. Der Prüfantrag berührt allerdings den Anspruch des Arztes auf Zahlung des Honorars zunächst nicht. Erst wenn der Prüfungsausschuß festgestellt hat, daß der Arzt Mehrausgaben verschuldet hat, tritt eine Rückzahlungspflicht ein. Die Erstattungsbeträge können im Wege der Aufrechnung von geschuldetem Honorar einbehalten werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die Erstattungsbeträge für die Kassen einzuziehen.

Absatz 3

Absatz 3 enthält zwei Alternativen, nach denen die Kürzung einer Gesamtabrechnung eines Kassenarztes ohne individuelle Prüfung des einzelnen Abrechnungsfalles möglich ist. Die erste Alternative sieht die Kürzung einer Abrechnung vor, wenn Umfang und Art der abgerechneten Leistungen nach ärztlichen Erfahrungsgrundsätzen mit sachgemäßer

Behandlungsweise nicht zu vereinbaren sind. Damit soll eine Handhabe gegen übermäßige Ausweitung kassenärztlicher Tätigkeit geschaffen werden. Die zweite Alternative sieht vor, daß bei einer individuellen Prüfung in so großem Umfang Verstöße gegen § 389 Abs. 3 festgestellt worden sind, daß es angemessen erscheint, die Gesamtforderung des Arztes ohne Prüfung jeder einzelnen Forderung zu kürzen.

Absatz 4

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem geltenden Recht (§ 368 n Abs. 4 Sätze 3 bis 7 RVO). Die Beschwerdemöglichkeit wird auf die Kasse und die Kassenärztliche Vereinigung ausgedehnt.

Absatz 5

Es erscheint zweckmäßig, die Bildung der Prüfungsausschüsse den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übertragen. Es kann erwartet werden, daß sich die Mehrzahl der Fälle in einem nur mit Ärzten besetzten und von Ärzten gebildeten Ausschuß erledigen lassen.

Absatz 6

Im Hinblick auf die Bedeutung des Beschwerdeverfahrens als Vorverfahren im Sinne des Sozialgerichtsgesetzes (vgl. Artikel 2 § 8 Nr. 4 Buchstabe a des Entwurfs) erscheint die Zusammensetzung der Beschwerdeausschüsse aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen zweckmäßig.

Absatz 7

Soweit der Entwurf das Prüfungs- und Abrechnungsverfahren nicht gesetzlich regelt, soll es in Verträgen der Beteiligten ausgestaltet werden. Das Verfahren kann damit den örtlichen Bedürfnissen angepaßt werden. Den rechtsstaatlichen Erfordernissen ist durch die gesetzlichen Vorschriften Rechnung getragen. Das Verfahren ist schiedsamtsfähig (§ 395).

Zu § 392

Absatz 1

Nach geltendem Recht leisten die Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung in der Regel für einen bestimmten Abrechnungszeitraum eine Gesamtvergütung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen die Gesamtvergütung nach einem Honorarverteilungsmaßstab an die einzelnen Kassenärzte. Die Berechnung der Gesamtvergütung ist nach verschiedenen Systemen zulässig. Die Wahl des Berechnungssystems ist der freien Vereinbarung zwischen den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen. Die Gesamtvergütung wird überwiegend pauschal berechnet (§ 368 f RVO).

Die pauschale Honorierung hat vor allem den Nachteil, daß sie in Zeiten gesteigerter Morbidität die von den Kassenärzten zu erbringende Mehrarbeit unberücksichtigt und den Wert der einzelnen Arztleistungen absinken läßt. Sie hat außerdem bewirkt, daß die Leistung des Arztes vom Versicherten häufig in ihrem Werte nicht richtig erkannt wird. Künftig soll daher von der Pauschalhonorierung abgegangen und zur Vergütung der ärztlichen Tätigkeit ausschließlich nach Einzelleistungen übergegangen werden. Ein solches Vergütungssystem entspricht dem freiberuflichen Charakter der ärztlichen Tätigkeit am besten, an der der Entwurf für die Zukunft festhalten will. Da dem Arzt das Risiko der Krankheitshäufigkeit nicht mehr aufgelastet wird, ermöglicht dieses System auch eine leistungsgerechte Honorierung des Arztes bei gesteigerter ärztlicher Inanspruchnahme. Damit wird im Interesse des Heilerfolges zugleich auch das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten verbessert.

Absatz 2

Zur Vermeidung der Zersplitterung auf dem Gebiet des ärztlichen Gebührenwesens soll die für Kassenärzte geltende Gebührenordnung einheitlich für den gesamten Geltungsbereich dieses Gesetzes zwischen Ärzten und Kassen vereinbart werden; dieser Gebührenordnung sollen die Ansätze der nach der Bundesärzteordnung und dem Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde zu erlassenden amtlichen Gebührenordnungen zugrunde gelegt werden. Durch die Vereinbarung der Gebührenordnung ist auch sichergestellt, daß die Gebühren ständig den allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnissen angepaßt und auch im Verhältnis zueinander dem meddizinischen Fortschritt und den praktischen Bedürfnissen entsprechend geändert werden können. Die Vorschrift sieht Zuschläge zu den Gebühren für solche Kassen vor, bei denen das durchschnittliche beitragspflichtige Entgelt den Durchschnittsbetrag dieser Entgelte bei allen Kassen im Geltungsbereich dieses Gesetzes übersteigt. Durch diese Bestimmung soll die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Kassen bei der ärztlichen Honorierung berücksichtigt werden. Der Zuschlag ist zu zahlen, wenn der o. a. Durchschnittsbetrag überschritten wird; ein weiterer Zuschlag, wenn der Durchschnittsbetrag um mehr als 10 v. H. der angegebenen Entgelte überschritten wird.

Einer besonderen Regelung für die Honorierung der Belegärzte bedarf es nicht. Soweit die Tätigkeit der Belegärzte nicht im Pflegesatz abgegolten wird, handelt es sich um ärztliche Behandlung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, die nach der Gebührenordnung zu vergüten ist.

Zu § 393

Absatz 1

Bei der Bedeutung einer Gebührenordnung für das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen und bei der Schwierigkeit der Materie erscheint es zweckmäßig, die vertragliche Vereinbarung der Gebührenordnung, ihre Änderung und ihre laufende Anpassung einem Vertragsausschuß zu übertragen. Zweckmäßigerweise wird es sich dabei um eine ständige Einrichtung handeln, da von den Vertretern umfangreiche Kenntnisse des kassenärztlichen Ver-

tragsrechts der praktischen Anwendbarkeit von Gebührensätzen und ihrer Auswirkungen auf die Behandlung Versicherter und die Finanzen der Krankenkassen gefordert werden.

Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Zusammensetzung der Vertragsausschüsse, die für die Vereinbarung der kassenärztlichen Gebührenordnung und der kassenzahnärztlichen Gebührenordnung zuständig sein sollen.

Absatz 3

Die Beschlüsse der Vertragsausschüsse sollen grundsätzlich einstimmig zustande kommen. Es muß jedoch auch eine Regelung für den Fall vorgesehen werden, daß eine solche Einigung nicht zustande kommt. Dabei ist davon auszugehen, daß ein sogenannter „vertragloser Zustand" im Interesse aller Beteiligten vermieden werden muß. Für den Fall, daß eine einheitliche Stellungnahme des Vertragsausschusses nicht zustande kommt, ist eine Mehrheitsentscheidung vorgesehen. Sie wird dadurch ermöglicht, daß der Vertragsausschuß um einen unparteiischen Vorsitzenden erweitert wird. Die Bestimmung stellt sicher, daß die Tätigkeit des Vertragsausschusses nicht durch eine Partei dadurch blockiert werden kann, daß eine Einigung über den Vorsitzenden nicht zustande kommt oder eine Vorschlagsliste nicht eingereicht wird.

Absatz 4

Soweit Einzelheiten über die Geschäftsführung der Vertragsausschüsse bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen noch der Regelung bedürfen, können sie durch die Beteiligten vertraglich getroffen werden. Eine gesetzliche Ermächtigung hierfür scheint nicht erforderlich.

Zu § 394

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht, mit Ausnahme der dort für die kassenärztliche Vergütung vorgesehenen Regelung (§ 368 g Abs. 1 RVO).

Absatz 2

Da die bisherigen Gesamtverträge wegen der anderweitigen Honorarregelung weitgehend an Bedeutung verloren haben, sind sie nicht mehr zwingend vorgeschrieben. Die Bezeichnung „Gesamtvertrag" wird nicht mehr verwendet.

Absatz 3

entspricht inhaltlich § 368 g Abs. 3 RVO.

Absatz 4

entspricht inhaltlich § 368 g Abs. 4 und § 368 f Abs. 4 RVO.

Absatz 5

entspricht inhaltlich § 368 d Abs. 1 letzter Satz RVO.

Zu § 395

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht weitgehend dem geltenden Recht (§ 368 h Abs. 1 RVO). Es erscheint nicht mehr erforderlich, ein Vermittlungsverfahren vorzusehen, da dem noch verbleibenden Inhalt der Verträge und somit dem Schiedsverfahren nicht mehr die Bedeutung zukommt wie nach geltendem Recht.

Absatz 2

entspricht dem geltenden Recht (§ 368 h Abs. 2 RVO).

Zu § 396

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 368 i Abs. 1 bis 4 und 7 RVO). Der Inhalt des § 368 i Abs. 5 und 6 RVO ist an anderer Stelle des Entwurfs (Artikel 2 § 8 Nr. 3 und Artikel 1 § 425) geregelt.

Zu § 397

Absatz 1

entspricht dem geltenden Recht (§ 368 k Abs. 1 RVO).

Absatz 2

Die außerordentliche Mitgliedschaft hat künftig nicht mehr die Bedeutung, die ihr bei Schaffung des Kassenarztrechts im Jahre 1955 zukam. Nach den Änderungen im Zulassungsrecht hat jeder Arzt, der gewisse Voraussetzungen nachweist, den Rechtsanspruch auf Zulassung. Damit hat jedes außerordentliche Mitglied die Möglichkeit, Kassenarzt und damit Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung zu werden. Dennoch ist die außerordentliche Mitgliedschaft aufrecht erhalten worden, um den Ärzten, die die Absicht haben, eine kassenärztliche Tätigkeit auszuüben, die Möglichkeit der Mitarbeit in den Vereinigungen zu geben.

Absatz 3

entspricht dem geltenden Recht (§ 368 k Abs. 2 RVO).

Absatz 4

Satz 1 entspricht dem geltenden Recht (§ 368 k Abs. 3 Satz 1 RVO).

Da die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ebenso wie die Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, ist vorgesehen, den Erwerb von Grundstücken, die Errichtung und Erweiterung von Ge-

bäuden und Eigenbetrieben, das Haushaltswesen, Art und Form der Rechnungsführung, Aufstellung und Vorlage von Statistiken und Aufstellung und Vorlage der Rechnungsergebnisse an dieselben Vorschriften zu binden, die auch für andere öffentlich-rechtliche Körperschaften innerhalb der Sozialversicherung vorgesehen sind.

Vorschriften über die Aufsicht sind hier nicht aufgenommen (vgl. § 368 k Abs. 3 RVO), da das Aufsichtsrecht in einem besonderen Abschnitt des Entwurfs zusammengefaßt ist.

Zu § 398

Absätze 1 bis 3

Die Vorschrift entspricht sachlich dem § 368 m Abs. 1 RVO. Sie ist hinsichtlich der Nr. 5 bis 7 den für die Kassen vorgesehenen Bestimmungen angepaßt. Das gilt auch für die Bestimmung, daß die Satzung keine gesetzwidrigen oder den Zwecken der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechenden Bestimmungen enthalten darf (§ 290 Satz 1), daß die Satzung und ihre Änderung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedürfen (§ 291 Abs. 1), sowie für das Verfahren bei Satzungsänderungen in bestimmten Fällen (§ 292). Die Möglichkeit, eine Aufwandsentschädigung für den Vorsitzenden und seinen Stellvertreter festzusetzen, soll den praktischen Bedürfnissen bei den Vereinigungen Rechnung tragen. Der Umfang der Aufgaben des Vorsitzenden und seines Stellvertreters erfordert ein Maß an Arbeitszeit, das eine zumutbare „ehrenamtliche Tätigkeit" oft weit überschreitet.

Absatz 4

Es scheint zweckmäßig, den Höchstbetrag der Geldbuße, die von der Kassenärztlichen Vereinigung bei Verstoß gegen die kassenärztlichen Pflichten auferlegt werden kann, auf 5000 DM zu erhöhen.

Absatz 5

entspricht § 368 m Abs. 3 RVO.

Absatz 6

In einzelnen Ländern ist die Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Ärzteschaft gesetzlich geregelt. Es ist selbstverständlich, daß durch Satzungsrecht diese landesrechtlichen Regelungen nicht angetastet werden können. Es besteht aber das Bedürfnis, dort, wo derartige Einrichtungen nicht vorgesehen sind, den Kassenärztlichen Vereinigungen die Ermächtigung zu geben, für ihre Mitglieder und deren Hinterbliebene Altersversorgungseinrichtungen oder soziale Unterstützungseinrichtungen zu schaffen. Dabei sind die Grundsätze des Sozialversicherungsrechts anzuwenden.

Zu § 399

Absatz 1

entspricht § 368 l Abs. 1 RVO.

Absatz 2

entspricht § 368 l Abs. 4 und 2 Satz 3 RVO.

Absatz 3

Die Vorschrift stellt klar, daß Vertreterversammlung und Vorstand ihre eigenen Vorsitzenden haben müssen, daß also nicht der Vorsitzende des Vorstandes zugleich den Vorsitz in der Vertreterversammlung führen kann. Der Vorsitzende des Vorstandes wird als solcher unmittelbar von der Vertreterversammlung gewählt.

Absatz 4

Da die außerordentliche Mitgliedschaft weitgehend ihre Bedeutung verloren hat (vgl. Begründung zu § 397 Abs. 2), scheint es nicht mehr erforderlich, den Anteil der außerordentlichen Mitglieder an der Gesamtzahl der Organmitglieder gesetzlich zwingend vorzuschreiben. Die Satzung bestimmt daher künftig, in welchem Ausmaß außerordentliche Mitglieder der Vertreterversammlung angehören. Das Gesetz sieht lediglich eine Höchstzahl vor, die die Satzung nicht überschreiten kann. Im Vorstand sind außerordentliche Mitglieder künftig nicht mehr vertreten.

Absatz 5

entspricht § 368 l Abs. 6 RVO.

Zu § 400

Die in dieser Vorschrift genannten Bestimmungen des Selbstverwaltungsgesetzes sollen künftig unmittelbar für die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen gelten, da beabsichtigt ist, diese Bestimmungen des Selbstverwaltungsgesetzes bei der Reform des Ersten Buches der RVO in diese zu übernehmen. Diese Vorschriften sollen dann für alle öffentlich-rechtlichen Körperschaften im Bereich der Sozialversicherung gelten. Materiell tritt durch die Verweisung keine Änderung gegenüber dem geltenden Recht ein.

Zu § 401

Absatz 1

entspricht inhaltlich dem § 368n Abs. 1 Satz 1 RVO.

Absatz 2

Die Vorschrift unterstreicht den Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, die kassenärztliche Versorgung sicherzustellen und stellt klar, daß alle Forderungen aus der kassenärztlichen Versorgung gegen die Kassen ausschließlich über die Kassenärztlichen Vereinigungen anzurechnen und zu vergüten sind.

Absatz 3

entspricht inhaltlich § 368n Abs. 1 letzter Satz RVO. Zusätzlich werden die Träger der Sozialhilfe ge-

nannt. Es besteht ein sachliches Bedürfnis, die Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermächtigen, auch Aufgaben der ärztlichen Versorgung für Träger der Sozialhilfe zu übernehmen.

Absatz 4

Der Auftrag an Ärzte und Kassen, gemeinsam zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zusammenzuwirken (§ 368 Abs. 1 RVO), verlangt eine Mitwirkung der Landesverbände der Krankenkassen bei den Vertragsabschlüssen mit Universitäten. Gegenüber § 368 n Abs. 2 Sätze 3 und 4 RVO ist die Vorschrift erweitert worden. Es sollen auch mit anderen ärztlich geleiteten Einrichtungen Verträge abgeschlossen werden können, da solche Institute, z. B. psychotherapeuthische Institute für die Behandlung der Versicherten in bestimmten Fällen, nützlich sein können.

Zu § 402

Da das von den Krankenkassen über die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassenärzte auszuzahlende Honorar weder quotenmäßig begrenzt noch sonst gekürzt werden darf, sondern in voller Höhe entsprechend den Sätzen der Gebührenordnung auszuzahlen ist, können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die erforderlichen Mittel für ihre Verwaltungsaufgaben nicht mehr einer Gesamtvergütung entnehmen. Die Finanzierung muß daher künftig durch Beiträge sichergestellt werden. Art der Zahlung und Höhe der Beiträge bestimmen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 398 Abs. 2 Nr. 6 RVO).

Zu § 403

Absatz 1

entspricht § 368o Abs. 1 Satz 2 RVO. Die Bildung von Landesausschüssen, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen schien nach den bisherigen Erfahrungen entbehrlich.

Absatz 2

Da zu den Mitgliedern der Bundesausschüsse nunmehr je ein Vertreter des Bundesverbandes der Arbeiter-Ersatzkassen, des Bundesverbandes der Angestellten-Ersatzkassen und der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften hinzukommt, muß unter Verringerung der Zahl der Vertreter der Ortskrankenkassen um ein Mitglied, die Zahl der Vertreter der Ärzte auf acht erhöht werden.

Absatz 3

entspricht § 368o Abs. 4 RVO.

Absatz 4

Die Bedeutung des Arznei- und Heilmittelwesens bei der Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung und die Beachtung, die diesem Gebiet im Interesse der Volksgesundheit zukommt, lassen es erforderlich erscheinen, bei der Arbeit des Ausschusses einen Apotheker als Sachverständigen hinzuzuziehen, soweit Richtlinien für das Arznei-, Verband- und Heilmittelwesen beraten werden. Die Auswahl des Apothekers soll dem Bundesausschuß überlassen bleiben.

Zu § 404

Absatz 1

entspricht § 368p Abs. 1 RVO. Mit Rücksicht auf die Erweiterung des Leistungsrechts erstreckt sich die Vorschrift nunmehr auch auf Maßnahmen der Vorsorgehilfe.

Absatz 2

entspricht § 368p Abs. 2 RVO. Anders als nach geltendem Recht ist aber vorgesehen, das Beanstandungsrecht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung nicht mehr an eine Frist zu binden.

Absatz 3

entspricht § 368p Abs. 3 RVO.

Zu § 405

Absätze 1 bis 4

Die bestehende Organisation des vertrauensärztlichen Dienstes soll grundsätzlich auch in Zukunft beibehalten werden. Die bisherige Abteilung K der Landesversicherungsanstalten, der als Träger der Gemeinschaftsaufgaben auch die Regelung des vertrauensärztlichen Dienstes obliegt, wird, da alle anderen Gemeinschaftsaufgaben entfallen, künftig als eine besondere Abteilung „Vertrauensärztlicher Dienst" bei jeder Landesversicherungsanstalt geführt und von einem Ausschuß verwaltet, dessen nähere Zusammensetzung sich aus den Absätzen 3 und 4 ergibt. Entsprechendes gilt für die Bundesbahnversicherungsanstalt und die Seekasse.

Zu § 406

In dieser Vorschrift sind die wichtigsten Aufgaben des bei der Abteilung „Vertrauensärztlicher Dienst" zu bildenden Ausschusses aufgezählt. Die Aufzählung ist nicht erschöpfend.

Zu § 407

Absätze 1 bis 3

Die Vorschrift regelt die Aufbringung der Mittel für den vertrauensärztlichen Dienst. Die Pflicht, die Kosten zu tragen, obliegt den Krankenkassen. Die Kosten werden nach der Zahl der Begutachtung und nach der Zahl der Mitglieder der Kasse aufgeschlüsselt. Der größte Teil der Kosten wird jedoch voraussichtlich durch Gebühren gedeckt werden, die der Arbeitgeber für Begutachtungen nach § 408 Abs. 2 zu entrichten hat. Die Höhe der Pauschalgebühr

wird sich danach richten, in welchem Umfang der vertrauensärztliche Dienst für den Arbeitgeber tätig wird. Dabei wird die schriftliche Begutachtung auf Grund des Befundberichts des behandelnden Arztes geringer zu bewerten sein als ein Gutachten auf Grund einer körperlichen Untersuchung.

Zu § 408

Absatz 1

Auf einen vertrauensärztlichen Dienst kann auch in Zukunft zur Wahrung der Interessen der Versichertengemeinschaft, aber auch des Versicherten, nicht verzichtet werden. Die seit der Novelle zum Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle von 1961 und durch den vorliegenden Entwurf angeführten Leistungsverbesserungen können nur durch Mitwirkung einer solchen Einrichtung auf die Dauer sichergestellt werden.

Absatz 2

Die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Entgeltfortzahlung in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit erfordert, bei Gewährung dieser Leistungen den vertrauensärztlichen Dienst als unabhängigen Gutachter einzuschalten. Der vertrauensärztliche Dienst hat dem Arbeitgeber nur „das Ergebnis" der Begutachtung mitzuteilen, nicht das Gutachten selbst. Die Mitteilung darf daher nicht die Diagnose enthalten, sondern nur die bezüglich der Arbeitsunfähigkeit daraus gezogene Schlußfolgerung (z. B. „arbeitsunfähig bis . . ." oder „im Zeitpunkt der Untersuchung nicht arbeitsunfähig").

Absatz 3

Der vertrauensärztliche Dienst soll den Trägern der Rentenversicherung für ihre speziellen Aufgaben auch in Zukunft zur Verfügung stehen, wenn der Träger der Rentenversicherung es beantragt. Insoweit sind die entstandenen Kosten von den Trägern der Rentenversicherung zu tragen.

Zu § 409

Absatz 1

Für die Kassen wird sich ein unterschiedliches Bedürfnis ergeben, gutachtliche Äußerungen des vertrauensärztlichen Dienstes einzuholen. Es wird daher davon abgesehen, im Gesetz im einzelnen aufzuzählen, in welchen Fällen die Kasse ein Gutachten anfordern kann. Die Entscheidung, wann und wie oft ein Gutachten angefordert wird, verbleibt der Kasse.

Absatz 2

Vor der Gewährung von Kuren soll ein Gutachten eingeholt werden. In der Regel handelt es sich hier um Leistungen, die wegen ihrer Dauer und der damit verbundenen Kosten die Versichertengemeinschaft erheblich belasten können. Dem vertrauensärztlichen Dienst fällt im Rahmen dieser Bestimmung die Aufgabe zu, den geplanten Vorsorgekuren zu optimaler gesundheitspolitischer Wirksamkeit zu verhelfen.

Zu § 410

Absatz 1

entspricht dem § 369 b Abs. 1 Satz 2 RVO.

Absatz 2

will nicht etwa das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung einschränken. Der Vertrauensarzt kann daher nicht gegen den Willen des Versicherten dessen Wohnung betreten. Die Bestimmung deutet vielmehr die Grenzen der Befugnisse des Vertrauensarztes an, innerhalb derer eine Mitwirkung des Versicherten für zumutbar zu halten ist.

Zu § 411

Im allgemeinen Interesse sollen die verschiedenen ärztlichen Dienste zur Zusammenarbeit angehalten werden. Der Austausch von Erkenntnissen, Erfahrungen und von Arbeitsergebnissen soll die Arbeit der genannten ärztlichen Dienste befruchten und unnötige Verwaltungsarbeit sparen.

Zu § 412

Da die laufenden Geschäfte überwiegend ärztliche Belange berühren, ist als leitender Beamter der Abteilung vertrauensärztlicher Dienst ein Arzt vorgesehen. Damit ist gewährleistet, daß die Dienstaufsicht über die Vertrauensärzte auch unter Berücksichtigung ärztlicher Gesichtspunkte wahrgenommen wird.

Zu § 413

Der Vertrauensarzt soll unabhängig sein. Dies ist am besten dadurch gewährleistet, daß er nach beamtenrechtlichen Vorschriften als Beamter auf Lebenszeit berufen wird. Besondere Verhältnisse können es erforderlich machen, den vertrauensärztlichen Dienst auch von Kassenärzten wahrnehmen zu lassen. Die Unabhängigkeit des Urteils soll in diesen Fällen dadurch gewährleistet sein, daß der Kassenarzt nicht am Ort seiner Niederlassung vertrauensärztlich tätig werden darf.

Zu § 414

Um den vertrauensärztlichen Dienst für seine Aufgabe geeignet zu machen und um den Versicherten lange Wege zu ersparen, sollen die vertrauensärztlichen Dienststellen leicht erreichbar sein. Dienststellen sollen daher grundsätzlich in jeder kreisfreien Stadt und in jedem Landkreis errichtet werden.

Absatz 2 regelt die örtliche Zuständigkeit für den Fall des § 408 Abs. 2.

Zu § 415

Absatz 1

Um eine einheitliche Verfahrensweise zu fördern, soll der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Zustimmung des Bundesrates im allgemeinen Verwaltungsvorschriften Grundsätze für die Tätigkeit des vertrauensärztlichen Dienstes festlegen können.

Absatz 2

Die besonderen Verhältnisse der Bundesbahnversicherungsanstalt lassen es angezeigt erscheinen, Abweichungen von den für den allgemeinen vertrauensärztlichen Dienst geltenden Regelungen zuzulassen. Der Umfang dieser Abweichungen ergibt sich aus der Umschreibung der Ermächtigung.

Zu § 416

Absatz 1

Das geltende Recht regelt die Beziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern in § 371 RVO. Diese gesetzliche Regelung genügt künftig nicht, zumal der Entwurf die Gewährung von Krankenhauspflege als Regelleistung vorschreibt und darüber hinaus die Gleichstellung der Familienangehörigen mit den Versicherten auch hinsichtlich der Krankenhauspflege und die Neuregelung der Mutterschaftshilfe zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Krankenhäuser führen wird.

Bei einer gesetzlichen Neuregelung des Verhältnisses der Krankenkassen zu den Krankenhäusern ist davon auszugehen, daß es ein einheitliches Bundesgesetz für das Krankenhauswesen nicht gibt und daß im Rahmen der Neuordnung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung eine solche Regelung nicht getroffen werden kann. Die gegenwärtigen Verhältnisse auf dem Gebiet des Krankenhauswesens sind daher unterschiedlich, nicht nur hinsichtlich der Verschiedenartigkeit der Krankenhausträger, sondern auch in bezug auf die Ausstattung der Krankenhäuser, ihre Kostenstruktur und die Art der Gewährung der Krankenhauspflege. Solange es ein einheitliches Krankenhausgesetz nicht gibt, erscheint es daher zweckmäßig, die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wie bisher der Vereinbarung der Beteiligten zu überlassen. Ein Zulassungssystem, ähnlich dem für Ärzte, kommt für eine Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nicht in Betracht, weil die Verhältnisse zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern anders liegen als zwischen Kassen und Ärzten.

Im Interesse der Krankenhäuser sind die Kassen im Rahmen der Vertragsgestaltung einem Kontrahierungszwang unterworfen, wenn — wie nach geltendem Recht — die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung gegeben ist. Diesem Kontrahierungszwang der Kassen entspricht es, die Krankenhäuser, die sich zur Krankenhauspflege der Versicherten und ihrer Familienangehörigen bereit erklärt haben, für die Dauer von mindestens einem Jahr an ihre Erklärung zu binden, um die Kasse in die Lage zu versetzen, ihren Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten durch Planung auf weite Sicht nachkommen zu können.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht (§ 371 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz RVO).

Zu § 417

Absatz 1

Um sowohl den Krankenhäusern wie auch den Krankenkassen freizustellen, ob sie die Verträge einzeln miteinander oder gemeinsam für mehrere Partner auf beiden Vertragsseiten abschließen wollen, sieht die Vorschrift beide Möglichkeiten vor. Die Vereinbarungen über die Pflegesätze werden den wesentlichen Inhalt der Verträge ausmachen. Dieser Vertragsbestandteil ist daher besonders herausgehoben.

Absatz 2

Man wird davon ausgehen können, daß die Krankenhäuser im allgemeinen mit den Kassen ihres Einzugsgebietes Verträge über die Krankenhauspflege der Versicherten abschließen werden. Darüber hinaus ist es aber möglich, daß Versicherte Krankenhauspflege in Anspruch nehmen müssen, ihre Kasse aber nicht innerhalb des Einzugsgebietes des Krankenhauses liegt und deshalb mit dem Krankenhaus keinen Vertrag geschlossen hat. Ein solcher Fall kann z. B. eintreten, wenn ein Versicherter während seines Urlaubs erkrankt und in ein Krankenhaus am Urlaubsort aufgenommen werden muß. Besteht in einem solchen Fall zwischen dem Krankenhaus und der Kasse des Versicherten kein Vertrag, dann ist der Pflegesatz maßgebend, den das Krankenhaus mit der in seinem Bezirk gelegenen Ortskrankenkasse vereinbart hat. Dieser Grundsatz soll auch für andere Träger der Sozialversicherung gelten.

Absatz 3

Unter Aufhebung der Preisbindung überläßt der Entwurf die Bestimmung der Höhe der Pflegesätze grundsätzlich der vertraglichen Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Kasse. Dem Grundsatz der Vertragsfreiheit widerspricht es nicht, für die Ausgestaltung der Verträge zu bestimmen, welche Kosten durch den Pflegesatz abzugelten sind. Hierbei wird davon auszugehen sein, daß der Pflegesatz alle Kosten abzudecken hat, die nicht anderweitig gedeckt sind. Wegen der Unterschiedlichkeit der Verhältnisse innerhalb der Bundesrepublik und um sich wirschaftlichen Änderungen schneller anpassen zu können, erscheint es zweckmäßig, hierüber in einer Rechtsverordnung der Bundesregierung das Nähere zu bestimmen.

Absatz 4

Die in § 408 und § 409 Abs. 1 den Vertrauensärzten auferlegte Pflicht zur gutachtlichen Äußerung macht es notwendig, in den Verträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern Bestimmungen aufzunehmen, die es den Vertrauensärzten ermöglichen, diesen Pflichten auch in Krankenhäusern nachzukommen. Die Verträge sollen außerdem eine Staffelung der Höhe der Pflegesätze nach der Verweildauer vorsehen, um die nach einer gewissen Zeit eintretenden Kostenminderungen, die nach Krankenhausart, Krankenhausausstattung und der medizinischen Fachrichtung unterschiedlich sein werden, bei der Bestimmung der Höhe der Pflegesätze zu berücksichtigen. Krankenhäuser und Krankenkassen sollen mit dieser Vorschrift zugleich zu einer ständigen Überprüfung der Verweildauer angehalten werden. Dies ist im Hinblick auf die lange Verweildauer in den Krankenhäusern der Bundesrepublik erforderlich.

Zu § 418

Absatz 1

Der Entwurf geht davon aus, daß sich die Vertragspartner grundsätzlich einigen werden. Kommt es aber nicht zum Abschluß eines Vertrages, dann soll eine Schiedsstelle die Pflegesätze festsetzen, soweit eine Einigung nicht zustande gekommen ist. Die Bestimmung ermöglicht daher, auch eine Teileinigung der Vertragspartner bei einer durch die Schiedsstelle vorzunehmenden Festsetzung zu berücksichtigen.

Absatz 2

Für das Schiedsverfahren sind wenig Formvorschriften vorgesehen. Die Schiedsstelle soll keine ständige Einrichtung sein, sondern im Einzelfall von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten Stelle gebildet werden. Um auch hier die Wünsche der Vertragspartner weitgehend zu berücksichtigen, ist vorgesehen, daß Kassen und Krankenhäuser auch über eine Schiedsstelle Vereinbarungen treffen können. Kommt es zu einer solchen Einigung nicht, dann ist die Anrufung an die Landesregierung zu richten, die nunmehr einen unparteiischen Vorsitzenden und die von den Vertragspartnern vorzuschlagenden Vertreter beruft. Es entspricht der Interessenlage der beiden Vertragspartner, die Kosten des Schiedsverfahrens von ihnen je zur Hälfte tragen zu lassen.

Absatz 3

Um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, durch eine neutrale Stelle nachprüfen zu lassen, ob eine Kasse das Angebot eines Krankenhauses (§ 416 Abs. 2) zu Recht abgelehnt hat, sieht die Vorschrift die Entscheidung einer Schiedsstelle auch für diesen Fall vor.

Zu § 419

Um für die Zeit zwischen der Kündigung der Pflegesätze bis zu ihrer Neufestsetzung durch die Schiedsstelle einen vertragslosen Zustand zu vermeiden, wird bestimmt, daß insoweit die bisherigen Pflegesätze weitergelten. Die Vorschrift findet ihrer Natur nach nur Anwendung, soweit schon bisher Beziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse bestanden haben. Die Bestimmung schließt zugleich auch die Möglichkeit ein, daß die Schiedsstelle neue Pflegesätze rückwirkend in Kraft treten läßt.

Um dem Schiedsspruch eine gewisse Geltungsdauer zu verleihen, wird ein Kündigungsausschluß für ein halbes Jahr statuiert. Die Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle ersetzt die vertragliche Vereinbarung.

Zu § 420

Die Vorschrift ersetzt § 376 RVO.

Um die Versorgung der Versicherten und ihrer Familienangehörigen mit Arzneimitteln durch alle Kassen in gleicher Weise sicherzustellen, ist vorgesehen, den Abschlag von den Preisen der Arznei-, Verband- und Heilmittel durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates innerhalb der Bundesrepublik gleichmäßig festzusetzen. In besonderen Fällen soll dieser Abschlag herabgesetzt werden können. Um hierbei örtliche Verhältnisse besser berücksichtigen zu können, ist vorgesehen, eine solche Ermäßigung von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes vornehmen zu lassen.

Zu § 421

Absatz 1

Die Vorschrift entspricht dem § 376 a Abs. 1 RVO; wegen Änderung der Geschäftsverteilung innerhalb der Bundesregierung muß die Ermächtigung dem Bundesminister für Gesundheitswesen erteilt werden.

Absatz 2

Die Vorschrift entspricht dem § 376 a Abs. 2 RVO, der wegen der Leistungsausweitung bei der Mutterschaftshilfe entsprechend erweitert ist. Die Vorschrift setzt voraus, daß die Wöchnerin die im Rahmen der Sachleistung von der Kasse gewährte Pflegeklasse in Anspruch nimmt. Die Bestimmung gilt daher nicht für den Fall, daß die Wöchnerin eine höhere Pflegeklasse wählt.

Zu § 422

Absatz 1

Nach § 193 erstattet die Kasse Kosten, die durch die Inanspruchnahme von Krankenpflege- oder Hauspflegepersonen enstehen. Die Gebühren für die Inanspruchnahme dieser Personen können durch Rechtsverordnung festgesetzt werden. Damit wird diesen Personen und den Organisationen, denen sie angehören, eine wirtschaftliche Sicherung gewährleistet und für die Versicherten sichergestellt, daß sie die Kosten der Inanspruchnahme überblicken können.

Absatz 2

Die Vorschrift bezweckt, den Kranken- und Hauspflegepersonen sowie den Trägern der Hauspflege die Befriedigung ihrer Forderungen zu erleichtern und die Kassen gegenüber dem Versicherten zur unmittelbaren Zahlung zu berechtigen.

Zu § 423

Absätze 1 und 2

Bisher wurden die Beziehungen zwischen Krankenkassen und anderen Heilberufen sowie Lieferanten durch Verträge auf privatrechtlicher Grundlage geregelt, die von den Krankenkassenverbänden oder den Krankenkassen abgeschlossen werden. Der Entwurf behält dies bei.

Zu § 424

Derzeit ist das Aufsichtsrecht für die juristischen Personen, die die gesetzliche Krankenversicherung durchführen, in verschiedenen Vorschriften des Sozialversicherungsrecht geregelt. Künftig soll das Aufsichtsrecht für alle diese Körperschaften und Anstalten in einem Abschnitt zusammengefaßt werden, sofern es sich nicht um Vorschriften des allgemeinen Aufsichtsrechts handelt.

Die Vorschrift entspricht dem geltenden Recht. Von einer Definition der Begriffe „bundesunmittelbare Kassen" und „landesunmittelbare Kassen" wird abgesehen, da sie bereits durch Artikel 87 Abs. 2 des Grundgesetzes und § 2 Abs. 1 sowie § 3 Abs. 1 des Bundesversicherungsamtsgesetzes gegeben ist.

Zu § 425

Absätze 1 bis 3

Die Vorschriften entsprechen weitgehend dem geltenden Recht.

Absatz 4

Die Verweisung auf die §§ 30 bis 34 RVO ist deswegen erforderlich, weil die §§ 31 ff. RVO sich nur auf die Versicherungsträger beziehen.

Zu § 426

Absatz 1

Zur ordnungsgemäßen Durchführung der Staatsaufsicht gehört, daß sich die Aufsichtsbehörde über die Verhältnisse bei den ihrer Aufsicht unterstehenden Einrichtungen in regelmäßigen Abständen unterrichtet. Dem dient die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung. Die Vorschrift verpflichtet die Aufsichtsbehörden dazu, die ihrer Aufsicht unterstehenden Einrichtungen regelmäßig zu prüfen. Die nach dieser Vorschrift vorgesehenen Prüfungen berühren die Möglichkeit der Aufsichtsbehörde nicht, nach § 31 Abs. 1 RVO jederzeit die Geschäfts- und Rechnungsführung zu prüfen, da diese Prüfung nur in Betracht kommt, wenn dazu besondere Veranlassung besteht. Die Eigenprüfung der Körperschaften, die bisher in § 342 Abs. 2 RVO geregelt ist, bedarf keiner gesetzlichen Regelung, weil diese Aufgabe im eigenen Verantwortungsbereich der Selbstverwaltung liegt. Die Selbstverwaltungsorgane werden nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden haben, ob und inwieweit neben der durch diese Vorschrift vorgeschriebenen Aufsichtsprüfungen Prüfungen der Verwaltungen durchgeführt werden sollen.

Der Entwurf will es den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder überlassen, darüber zu bestimmen, ob die Aufsichtsbehörden oder besondere Prüfungseinrichtungen die Aufsichtsprüfungen durchführen. Entsprechendes gilt für den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung für seinen Geschäftsbereich. Es kann aber auch die für die Sozialversicherung zuständige Verwaltungsbehörde eines Landes eine vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zugelassene Prüfungseinrichtung mit der Aufsichtsprüfung in ihrem Lande beauftragen.

Absatz 2

Die Vorschrift schließt an § 30 Abs. 3 RVO an und regelt das Entsprechende für die Durchführung der Aufsichtsprüfungen.

Absatz 3

Die Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung liegt im Interesse der zu prüfenden Einrichtungen und ihrer Mitglieder. Die betroffenen Körperschaften sollen daher die durch die Prüfung entstehenden Kosten tragen. Dies gilt nicht für die besondere Aufsichtsprüfung nach § 31 RVO.

Zu § 427

Absatz 1

entspricht § 379 RVO. Darüber hinaus wird in dieser Vorschrift auch der Fall geregelt, daß die Wahl der Organe einer Körperschaft vorübergehend nicht zustande kommt.

Absatz 2

Die Vorschrift gibt der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit, Aufsichtsmaßnahmen im Verwaltungszwangsverfahren durchzusetzen, wenn die ihrer Aufsicht unterstehende Körperschaft einer angeordneten Aufsichtsmaßnahme nicht nachkommt und die Vollziehung der Anordnung im öffentlichen Interesse liegt.

Vielfach wurden bisher gegen Anordnungen der Aufsichtsbehörden offensichtlich unzulässige Nichtigkeitsfeststellungsklagen erhoben, um dadurch die Aufschiebung des Vollzugs der Anordnung zu erreichen. Anordnungen der Aufsichtsbehörde können anfechtbar sein, dagegen wird die Nichtigkeit solcher Anordnungen kaum jemals vorliegen. Dem trägt Satz 2 der Vorschrift Rechnung.

Zu § 428

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 378 RVO und paßt sie dem neu gefaßten § 241 Abs. 3 an.

Zu § 429

Die Vorschrift entspricht § 529 RVO. Im Gegensatz zum bisherigen Recht ist die Ordnungsstrafdrohung nicht mehr vom Betrage des täglichen Krankengeldes abhängig, sondern in ihrem Höchstbetrag unmittelbar bestimmt. Da die Ahndung von Verstößen gegen die Krankenordnung als eine Maßnahme angesehen wird, die zu den laufenden Verwaltungsgeschäften des Versicherungsträgers gehört, wird der Geschäftsführer zur Verhängung von Ordnungsstrafen ermächtigt.

Die Ordnungsstrafdrohung richtet sich gegen das Mitglied der Krankenkasse, da Verstöße gegen die Krankenordnung auch von Mitgliedern begangen werden können, die aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und für die die Mitgliedschaft beispielsweise nach §§ 285 bis 287 erhalten bleibt. Wie in allen neueren Gesetzen mit Straf- oder Bußgeldblankettvorschriften ist auch hier die Ahndung eines Verstoßes gegen die Krankenordnung nur zulässig, wenn die Krankenordnung ausdrücklich bestimmt, daß dieser Verstoß auf Grund gesetzlicher Vorschriften geahndet werden kann.

Von der Umstellung der Ordnungsstrafen auf Ordnungswidrigkeiten wird im Rahmen des Entwurfs abgesehen. Die Umstellung kann nur für den Bereich der gesamten Reichsversicherungsordnung vorgenommen werden. Sie soll deshalb der Neuordnung des Ersten Buches der Reichsversicherungsordnung vorbehalten bleiben.

Zu § 430

Die Vorschrift schließt an § 530 RVO an. Auch die Ahndung von Verstößen gegen die Meldepflichten wird als eine Aufgabe angesehen, die zu den laufenden Verwaltungsgeschäften gehört. Sie wird daher dem Geschäftsführer übertragen. Die Meldepflichten der in § 365 bezeichneten Personen ergeben sich aus § 296; die dort dem Arbeitgeber auferlegten Pflichten obliegen somit den Versicherten in den Fällen des § 365 selbst.

Es wird davon abgesehen, eine dem § 531 RVO entsprechende Vorschrift in den Entwurf aufzunehmen. Es ist selbstverständlich, daß die Kasse die rückständigen Beiträge nachzuholen hat. Die Auferlegung von Strafbeiträgen soll entfallen, da die Verletzung der Meldepflicht bereits mit Strafe bedroht ist.

Zu § 431

Die Vorschrift ist § 532 Abs. 1 RVO nachgebildet. Der Strafrahmen ist entsprechend dem Unrechtsgehalt des Straftatbestandes dem Rahmen des § 769 des Entwurfs eines Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes angepaßt worden, der ähnliche Fälle erfaßt.

Zu § 432

Die Vorschrift entspricht inhaltlich § 533 RVO. Die Androhung des Verlustes der bürgerlichen Ehrenrechte wird nicht übernommen, da das künftige Strafgesetzbuch diese Nebenstrafe nicht mehr vorsehen wird.

Zu § 433

Die Vorschrift schließt an § 536 RVO an. Die Neufassung entspricht der im § 771 des Entwurfs eines Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes vorgeschlagenen Fassung. Die Vorschrift dehnt die Anwendung der Straf- und Ordnungsstrafandrohung, die dem Arbeitgeber oder Auftraggeber gelten, auf Organe juristischer Personen, nicht rechtsfähiger Vereine, auf die vertretungsberechtigten Gesellschafter einer Personengesellschaft sowie auf die gesetzlichen Vertreter aus. Damit wird klargestellt, daß diese Personen die Strafe trifft, wenn ein für die juristische Person oder sonst vertretend Handelnder gegen Vorschriften verstößt, die den Arbeitgeber oder Auftraggeber mit Strafe bedrohen.

Zu § 434

Die Vorschrift schließt an § 534 RVO an. Die Neufassung entspricht weitgehend der im § 772 des Entwurfs eines Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes vorgeschlagenen Fassung. Die Vorschrift ermöglicht es dem Arbeitgeber durch schriftliche Erklärung Pflichten auch auf Betriebsangehörige zu übertragen (Absatz 1). Verstoßen solche Betriebsangehörige gegen Vorschriften des Gesetzes, so trifft sie die Strafe (Absatz 2). Absatz 3 sieht ähnlich wie § 5 des Wirtschaftsstrafbuches 1954 vor, daß der Arbeitgeber oder die Organe oder die Vertreter im Sinne des § 433 wegen Verletzung der Aufsichtspflicht oder der Pflicht zur sorgfältigen Auswahl auch mit Ordnungsstrafe belegt werden können. In solchem Falle kann auch gegen die juristische Person, den nicht rechtsfähigen Verein oder die Personengesellschaft eine Ordnungsstrafe festgesetzt werden.

Zu § 435

Die Vorschrift entspricht weitgehend § 318 a Abs. 2 RVO. Aus rechtssystematischen Gründen wird sie in den Elften Abschnitt übernommen. An Stelle des Versicherungsamtes soll die Kasse ermächtigt werden, die Zwangsmaßnahmen zu verhängen, da sie die Verantwortung für die Durchführung der Betriebsprüfung zu tragen hat. Die Verweisung auf § 28 Abs. 1 erscheint hier notwendig, da § 146 Abs. 2 nur Strafen, nicht aber Zwangsgelder erfaßt.

ZU ARTIKEL 2

Zu § 1

Nr. 1

Das geltende Recht enthält keine Vorschriften darüber, daß die Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind. Lediglich für die Ersatz-

kassen besteht eine solche Vorschrift in Artikel 2 § 2 Abs. 1 der Fünfzehnten Aufbauverordnung. Zur Klarstellung der Rechtslage wird nunmehr ausdrücklich eine entsprechende Vorschrift eingefügt, die für alle Versicherungsträger gilt.

Nr. 2

Die Schweigepflicht, deren Verletzung mit Strafe bedroht ist, muß auf die Mitglieder der Organe und die Angestellten aller Körperschaften und Einrichtungen ausgedehnt werden, die im Zweiten Buch der RVO aufgezählt sind.

Nr. 3

Durch den Entwurf eines Lohnfortzahlungsgesetzes soll für Arbeitnehmer das Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle ersetzt werden. Für Heimarbeiter dagegen bleibt es bei der bisherigen Regelung. § 160 Abs. 4 RVO muß daher der Neuregelung angepaßt werden.

Nr. 4 und 5

Bei der Änderung der §§ 560 und 561 RVO wird davon ausgegangen, daß bei Inkrafttreten dieses Gesetzes die genannten Vorschriften in der Fassung des Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes (BT-Drucksache IV/120) bereits in Kraft getreten sind. Sie müssen daher dem neuen Recht der Krankenversicherung angepaßt werden.

Nr. 6 und 7

Die Streichung entspricht der heutigen Rechtslage.

Nr. 8

Diese Vorschrift entspricht weitgehend dem geltenden Recht. Absatz 1 ergänzt § 1235 Nr. 5 RVO.

Neu ist, daß künftig der Zuschuß für die nicht in der Krankenversicherung pflichtversicherten Rentenbezieher nach den Ergebnissen zweier Vierteljahre des Vorjahres gezahlt werden soll (Absatz 2). Damit wird vermieden, daß sowohl die Träger der Rentenversicherung wie die Versicherten bis zum Ablauf des Geschäftsjahres nicht wissen, wie hoch der Zuschuß tatsächlich ist. Andererseits wird die Zahlung des Zuschusses nicht mehr davon abhängig gemacht, daß eine Krankenversicherung abgeschlossen ist. Für Rentner, die keine Krankenversicherung abgeschlosen haben, ist der Zuschuß als Beitrag zu etwaigen Krankheitskosten gedacht. Absatz 2 Satz 2 stellt klar, welcher Rentenversicherungsträger für die Gewährung des Zuschusses beim Zusammentreffen von Rente aus eigener Versicherung und Hinterbliebenenrente zuständig ist. Absatz 3 dient der Klarstellung, wenn Rentenbezieher Wehrdienst oder zivilen Ersatzdienst leisten.

Nr. 9

Diese Vorschrift dient der Anpassung an die entsprechenden Regelungen des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes.

Nr. 10

§ 1430 RVO wird der Neufassung der Strafvorschriften des 2. Buches angepaßt.

Nr. 11

§ 1434 RVO ist entbehrlich, nachdem die Vergütung für den Beitragseinzug und für den Umtausch der Versicherungskarten im Zweiten Buch der RVO geregelt ist (§ 323 Abs. 1 des Entwurfs).

Nr. 12

Anpassung an die neue Rechtslage.

Nr. 13

Die Änderung ergibt sich aus dem neuen Recht der Krankenversicherung. Da für das Sterbegeld nach Artikel 1 § 219 Abs. 2 Satz 2 des Entwurfs im Gegensatz zum geltenden Recht kein Überschuß mehr verbleibt, muß die Lastenteilung zwischen Krankenversicherung und Unfallversicherung neu geregelt werden. In dem genannten Fall soll zunächst der Träger der Unfallversicherung voll in Anspruch genommen werden, ehe der Träger der Krankenversicherung eintritt, da die primäre Ursache des vorzeitigen Todes der von der Unfallversicherung zu entschädigende Arbeitsunfall ist.

Nr. 14

Das neue Recht der Krankenversicherung läßt es zu, für ärztliche Behandlung und Krankenhauspflege den tatsächlichen Aufwand festzustellen. Schwierigkeiten entstehen lediglich noch bei der Ermittlung des tatsächlichen Aufwandes für Arznei- und Verbandmittel. Dieser Aufwand soll wie im geltenden Recht auch künftig pauschal abgegolten werden.

Nr. 15

Diese Vorschrift entspricht der Änderung in Nr. 14.

Nr. 16

Mit dieser Vorschrift wird sichergestellt, daß Schadenersatzansprüche, die Familienangehörige des sicherten gegen Dritte geltend machen können, auf den Versicherungsträger übergehen, der die Leistungen erbracht hat. Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem geltenden Recht (§ 205 c RVO).

Nr. 17

Der Entwurf sieht einen Sonderabschnitt für Ersatzkassen nicht mehr vor. Die Vorschrift ist daher entbehrlich.

Zu § 2

Nr. 1 bis 6

Die vorgesehenen Änderungen entsprechen denen, die in Artikel 2 § 1 Nr. 6 bis 11 für die Änderung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter vorgesehen sind.

Zu § 3

Dieser Paragraph enthält die im Zusammenhang mit der Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung notwendigen Änderungen des Reichsknappschaftsgesetzes (RKG).

Nr. 1 und 2

Zu §§ 11 und 12 RKG

Die Knappschaft ist sowohl Träger der Krankenversicherung als auch der Rentenversicherung. Die Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes über die Satzung müssen daher den Erfordernissen für beide Versicherungszweige entsprechen.

Die Einfügung in § 11 entspricht dem § 289 Abs. 2 Nr. 8 der Reichsversicherungsordnung. Damit unterliegt die Höhe des Pauschbetrages der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Eine entsprechende Regelung besteht auch für die Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten.

Es fehlt eine Regelung im Reichsknappschaftgesetz wie zu verfahren ist, wenn die Satzung und ihre Änderung von der Aufsichtsbehörde beanstandet werden. Um den Belangen der knappschaftlichen Krankenversicherung zu genügen und um auch hier ein einheitliches Recht zu schaffen, soll für die Knappschaften § 292 der Reichsversicherungsordnung, der den Vorschriften für die Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten (§ 1340 der Reichsversicherungsordnung, § 7 des Gesetzes über die Errichtung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) entspricht, gelten.

Auf die Begründung zu den genannten Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wird verwiesen.

Nr. 3

Zu §§ 15 und 16 RKG

Die Versicherungspflicht und das Recht zur freiwilligen Versicherung in der knappschaftlichen Krankenversicherung richten sich grundsätzlich nach den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

Durch die Satzung kann die Versicherungspflicht auf Personen erstreckt werden, die wegen der Höhe ihres Arbeitseinkommens versicherungsfrei sind. Diese Regelung entspricht im wesentlichen dem geltenden Recht. In den derzeitigen Satzungen ist von der Ermächtigung, die Versicherungspflicht auszudehnen, durchweg Gebrauch gemacht worden. Die Möglichkeit, die Versicherungspflicht auszudehnen, trägt der außergewöhnlich hohen gesundheitlichen Belastung des Bergmannes, dem auch in der knappschaftlichen Rentenversicherung Sonderleistungen gewährt werden, Rechnung.

Personen, die eine Bergschule besuchen, sind in der knappschaftlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig, weil sie neben dem Schulbesuch ihre bergmännische Tätigkeit weiter verrichten und somit den bergmännischen Gefahren ausgesetzt sind. Aus diesem Grunde ist auch eine Versicherungspflicht in der knappschaftlichen Krankenversicherung geboten.

§ 169 der Reichsversicherungsordnung stellt sicher, daß Personen, die nebenher eine geringfügige oder vorübergehende Beschäftigung ausüben, unter den gleichen Voraussetzungen in der Krankenversicherung versicherungsfrei sind, die auch für die Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten gelten. Um das gleiche Ergebnis auch für die Knappschaftsversicherung zu erreichen, muß es auf die Beitragsbemessungsgrenze für die knappschaftliche Rentenversicherung abgestellt werden.

Die knappschaftliche Krankenversicherung der Rentner, die durch das Gesetz vom 12. Juni 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 500) nicht berührt worden ist, wird den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung angepaßt. Die Zugehörigkeit zu einem Träger der Krankenversicherung kann jedoch nicht von der zuletzt bestehenden Mitgliedschaft abhängig gemacht werden. Der Rentner soll entsprechend der Regelung in der knappschaftlichen Rentenversicherung immer dann in der knappschaftlichen Krankenversicherung versichert sein, wenn er eine bestimmte Zeit in der Knappschaftsversicherung versichert gewesen ist. Damit ist gewährleistet, daß der Bergmann, auch wenn er im fortgeschrittenen Alter nicht mehr im Bergbau tätig gewesen ist, von Ärzten betreut wird, die die größte Erfahrung hinsichtlich der im Bergbau auftretenden Erkrankungen besitzen. Diese Regelung entspricht weitgehend dem geltenden Recht.

Unständig Beschäftigte werden wie bisher nicht in der knappschaftlichen Krankenversicherung versichert.

§ 15 Abs. 3 entspricht dem § 175 der Reichsversicherungsordnung. Auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Zu § 17 RKG

Die Aufgabe und die Leistungen der knappschaftlichen Krankenversicherung richten sich grundsätzlich nach der Reichsversicherungsordnung, so daß insoweit einheitliches Recht für die Krankenversicherung gilt.

Zu § 18 RKG

Auch wenn die ärztliche Versorgung durch Knappschaftsärzte gewährt wird, gilt das Leistungsrecht der Reichsversicherungsordnung. In diesem Fall soll es dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung überlassen bleiben, in der Satzung zu regeln, wie die für den Versicherten vorgesehene freie Wahl unter den Knappschaftsärzten und der erforderliche Nachweis der Mitgliedschaft durchzuführen sind.

Zu § 19 RKG

Nach der Satzung kann den Arbeitnehmern, die nach § 15 Abs. 1 Satz 6 versicherungspflichtig sind, die notwendige Krankenhauspflege in einer höheren Klasse gewährt werden. Die Regelung entspricht hinsichtlich der Angestellten dem geltendem Recht. Sie hat sich auf Grund der besonderen Verhältnisse im Bergbau als zweckdienlich erwiesen.

Zu § 20 RKG

Nach § 192 ist für die Leistungen aus der Knappschaftsversicherung grundsätzlich die Knappschaft zuständig, in deren Bezirk der Versicherte wohnt. Diese Regelung hat sich wegen des für die Knappschaftsversicherung geltenden Sonderrechtes als erforderlich erwiesen. Entsprechend diesem Grundsatz regelt die Vorschrift die Mitgliedschaft.

Zu § 21 RKG

Für den Beginn und das Ende der Mitgliedschaft gelten die Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung entsprechend. Auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Zu § 22 RKG

Der Grundsatz des § 290 der Reichsversicherungsordnung muß auch für die knappschaftliche Krankenversicherung gelten.

Absatz 2 verweist hinsichtlich des Erlasses einer Krankenordnung für die knappschaftliche Krankenversicherung auf die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

Nr. 4

Zu § 34 RKG

Die Änderung der Vorschrift trägt der Neuregelung des Rechts der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner Rechnung. Der Entwurf sieht vor (vgl. § 118), daß in Zukunft für die in der knappschaftlichen Krankenversicherung versicherten Rentner auch Beiträge zu entrichten sind.

Nr. 5 und 6

Zu §§ 38 und 43 a RKG

Die entsprechenden Vorschriften in den §§ 1239, 1244 a der Reichsversicherungsordnung und in den §§ 16, 21 a des Angestelltenversicherungsgesetzes werden ebenfalls geändert (vgl. Artikel 2 § 1 Nr. 6 und 7 sowie § 2 Nr. 1 und 2 und die Begründung hierzu).

Nr. 7

Zu § 96 a RKG

Eine entsprechende Vorschrift wird nach Artikel 2 § 1 Nr. 8 in das Vierte Buch der Reichsversicherungsordnung und nach Artikel 2 § 2 Nr. 3 in das Angestelltenversicherungsgesetz eingeführt. Auf die Begründung zu Artikel 2 § 1 Nr. 8 wird verwiesen.

Nr. 8 bis 10

Zu §§ 112, 112 a, 114 bis 116 RKG

§ 112 stellt klar, daß die §§ 112 a bis 116 sowohl für die knappschaftliche Krankenversicherung als auch für die knappschaftliche Rentenversicherung gelten.

§§ 112 a und 115 regeln in Anlehnung an die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung die Grundsätze, nach denen die Beiträge für die knappschaftliche Krankenversicherung und die knappschaftliche Rentenversicherung zu berechnen und einzuziehen sind.

§ 114 Abs. 4 entspricht der Regelung in § 322 der Reichsversicherungsordnung.

§ 116 entspricht im wesentlichen dem z. Z. geltenden § 115. Die Fassung wird der Neuregelung angepaßt. Der derzeitige § 116 braucht nicht übernommen zu werden, weil durch Verweisung auf die Reichsversicherungsordnung eine entsprechende Regelung getroffen ist (§ 118 des Reichsknappschaftsgesetzes in Verbindung mit § 305 der Reichsversicherungsordnung).

Auf die Begründung zu den genannten Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung wird verwiesen.

Nr. 11

Zu § 117 RKG

Die Vorschrift dient der Klarstellung.

Zu § 118 RKG

Für die Aufbringung der Mittel und die Bemessung der Beiträge kann im wesentlichen auf die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung Bezug genommen werden.

Während z. Z. die knappschaftliche Rentenversicherung der knappschaftlichen Krankenversicherung die Aufwendungen für die Rentner in tatsächlicher Höhe erstattet, sieht der Entwurf vor, daß für diesen Personenkreis Beiträge zu zahlen sind, wie es bereits in den Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten geltendes Recht ist. Die knappschaftliche Krankenversicherung soll durch diese Regelung nicht zusätzlich belastet werden. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann daher bestimmen, daß die in § 310 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung vorgesehene Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage geändert wird, wenn durch den vorgesehenen festen Beitrag eine Belastung der Krankenversicherung eintreten sollte.

Zu § 119 RKG

Für die Zahlung der Beiträge für die knappschaftliche Krankenversicherung und für die knappschaftliche Rentenversicherung gilt grundsätzlich einheitliches Recht. Für den Bereich der Krankenversicherung muß eine Regelung getroffen werden, wie die Zahlung der besonderen Beiträge, der Beiträge der freiwillig Versicherten, der Rentenantragsteller und weiteren Mitglieder, die den Beitrag selbst zu entrichten haben, durchzuführen ist. Es kann insoweit auf die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und auf die Begründung hierzu verwiesen werden.

Zu § 120 RKG

Bereits nach geltendem Recht zahlt der Bund der knappschaftlichen Krankenversicherung einen Zuschuß in Höhe von eins vom Hundert der beitragspflichtigen Entgelte der Arbeiter (vgl. § 15 des Sozialversicherungs-Anpassungsgesetzes vom 17. Juni 1949 — WiGBl. S. 99 — und § 5 Abs. 3 des Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetzes vom

30. Juli 1949 — WiGBl. S. 202 —). Da die Gesundheit des Bergmannes durch seine schwere Arbeit erheblich stärkeren Beeinträchtigungen ausgesetzt ist als die der in anderen Wirtschaftszweigen Beschäftigten, soll dieser erhöhten Belastung der knappschaftlichen Krankenversicherung Rechnung dadurch getragen werden, daß der Bundeszuschuß weitergewährt wird. Der Zuschuß muß entsprechend seiner Zweckbestimmung auf den Personenkreis aufgeteilt werden, der der Gefährdung unterliegt. Da es sich hierbei um Arbeiter und Angestellte handelt, ist es sinnvoll, in der Bemessung des Zuschusses sämtliche Arbeitsentgelte, für die Beiträge zur knappschaftlichen Krankenversicherung entrichtet werden, zugrunde zu legen.

Zu § 121 RKG

Die Verrechnung des besonderen Beitrages richtet sich nach der entsprechenden Vorschrift der Reichsversicherungsordnung. Auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Nach § 200 des Reichsknappschaftsgesetzes werden die Knappschaften ermächtigt, die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten durch Vertragsärzte (Knappschaftsärzte) durchzuführen. Das Gesetz schreibt nicht vor, wie die Tätigkeit dieser Vertragsärzte zu vergüten ist. Es ist daher möglich, daß die ärztlichen Leistungen nicht als Einzelleistungen vergütet werden. Für diesen Fall müßten sich Schwierigkeiten über die Verrechnung der besonderen Beiträge ergeben. Absatz 2 sieht vor, daß der Berechnung die Gebührensätze der Gebührenordnung zugrunde zu legen sind, die für den Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung bei kassenärztlicher Versorgung gilt. Wenn die Versicherten eines Trägers nur durch Knappschaftsärzte versorgt werden, ist die Gebührenordnung zugrunde zu legen, die für den Träger nach § 392 der Reichsversicherungsordnung bei kassenärztlicher Versorgung gelten würde. Damit wird gewährleistet, daß die Durchführung einfach zu handhaben ist und für alle Versicherten des Trägers einheitliche Gebührensätze gelten.

Zu § 122 RKG

Absatz 2 sieht eine Garantie des Bundes für die knappschaftliche Krankenversicherung vor. Nach geltendem Recht fehlt ein solcher Garantieträger. Da jedoch die Finanzlage der Knappschaften in engem Zusammenhang mit der Wirtschaftslage des Bergbaus steht, ist es dringend geboten, der knappschaftlichen Krankenversicherung eine Sicherung zu geben. Da die meisten Knappschaften bundesunmittelbare Körperschaften sind, dürfte es zweckmäßig sein, grundsätzlich den Bund als Garantieträger für die knappschaftliche Krankenversicherung heranzuziehen.

Im übrigen wird auf die Begründung zu den genannten Vorschriften der Reichsversicherungsordnung verwiesen.

Zu § 123 RKG

Für die Verwaltung der Mittel gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Auf die Begründung zu diesen Vorschriften wird verwiesen.

Zu § 124 RKG

An der Verwaltung der Rücklagen der RVO-Kassen sind die Landesverbände der Krankenkassen beteiligt. Ein Landesverband fehlt im Bereich der Knappschaftsversicherung. Die den Landesverbänden zugewiesenen Aufgaben soll nach § 6 a des Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetzes in der Fassung des Artikels 2 § 4 Nr. 2 dieses Gesetzes die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften der Bundesrepublik Deutschland wahrnehmen. Es soll ihr daher auch die Verwaltung der Rücklagen der knappschaftlichen Krankenversicherung übertragen werden. Aufgrund der finanziellen Abhängigkeit der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung von der wirtschaftlichen Entwicklung der einzelnen Bergbauarten und im Hinblick auf die in Absatz 3 vorgesehene Ermächtigung ist vorgesehen, der Arbeitsgemeinschaft die gesamte Rücklage zur Verwaltung zu übertragen, um größere Mittel für besondere Umstände zur Verfügung zu haben.

Durch die in Absatz 3 vorgesehene Ermächtigung können die für die Rücklage normalerweise aufzubringenden Beträge gesenkt werden, wenn es die finanzielle Lage der knappschaftlichen Krankenversicherung erfordert.

Zu § 125 RKG

Für die Auftragsangelegenheiten konnte auf die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung verwiesen werden.

Nr. 12

Zu § 142 RKG

Die Änderung des Absatzes 1 dient der Klarstellung. Absatz 3, der dem derzeitigen § 143 Abs. 8 des Reichsknappschaftsgesetzes entspricht, wird unter Anpassung an den Wortlaut des § 321 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung aus systematischen Gründen dem § 142 angefügt.

Nr. 13

Zu §§ 143 und 144 RKG

Durch die Neuregelung des Krankenversicherungsrechts ist es erforderlich, den VI. Unterabschnitt des Achten Abschnittes in Anlehnung an die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung neu zu fassen.

Die Vorschriften des derzeitigen § 143 des Reichsknappschaftsgesetzes werden weitgehend übernommen.

Nr. 14

Besondere Krankenkassen sind für die knappschaftliche Krankenversicherung nicht vorgesehen.

Nr. 15

Zu §§ 189 und 190 RKG

§ 189 in der derzeitigen Fassung entspricht zum Teil nicht mehr dem geltenden Recht.

Die Neufassung dieser Vorschriften paßt das Aufsichtsrecht unter Berücksichtigung des geltenden Rechts an die Neuregelung an.

Nr. 16

Zu § 203 RKG (in der derzeitigen Fassung)

Die Vorschrift ist durch Aufhebung des § 202 des Reichsknappschaftsgesetzes (vgl. § 224 Abs. 3 Nr. 4 des Sozialgerichtsgesetzes) gegenstandslos geworden und daher zu streichen.

Nr. 17

Nach dem geltenden Recht (§ 204 RKG) kann der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung das Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apotheken nach den örtlichen Gegebenheiten gestalten. Die Knappschaften haben auf Grund dieser gesetzlichen Ermächtigung die ärztliche Versorgung durch Verträge mit einzelnen Ärzten (Knappschaftsärzte) oder durch Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt.

Nach diesem Gesetzentwurf sollen auf dem Gebiet der Krankenversicherung für die Mitwirkung der Ärzte und Zahnärzte sowie das Verhältnis zu Dritten (Krankenhäusern, Apotheken, Hebammen sowie sonstigen Heilberufen und Lieferanten) grundsätzlich die entsprechenden Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung gelten. Der Entwurf sieht daher insoweit einheitliches Recht vor.

Der Entwurf gibt dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung jedoch die Möglichkeit, den bergmännischen Sonderheiten auch auf ärztlichem Gebiet durch Beibehaltung der Knappschaftsärzte Rechnung zu tragen. Macht der Träger von dieser Ermächtigung Gebrauch, so gelten ausschließlich die §§ 200 bis 210.

Zu § 199 RKG

Nach dieser Vorschrift gilt für die knappschaftliche Krankenversicherung grundsätzlich das Recht der Reichsversicherungsordnung, soweit nicht nach § 200 eine andere Regelung getroffen wird.

§ 394 Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung soll für die knappschaftliche Krankenversicherung nicht gelten. Die auf die Untertagetätigkeit zurückzuführenden Krankheiten erfordern besondere Maßnahmen zu ihrer Verhütung und Bekämpfung. Diese können am zweckmäßigsten durch den Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung auf dem Wege über Eigeneinrichtungen getroffen werden. Er muß daher auch in der Lage sein, die Zahl und den Umfang der Eigeneinrichtungen nach seinem Ermessen zu bestimmen.

Auf die Begründung zu den genannten Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wird verwiesen.

Zu § 200 RKG

Der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung erhält die Ermächtigung, die ärztliche Versorgung der knappschaftlich Versicherten und ihrer Angehörigen in näher bezeichneten Bezirken durch Knappschaftsärzte, d. h. durch Vertragsärzte, zu gewähren. Macht die Satzung von dieser Ermächtigung Gebrauch, so finden die Vorschriften über die ärztliche Versorgung durch Kassenärzte keine Anwendung.

Auf Grund der Ermächtigung kann der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung seine Mitglieder durch Ärzte betreuen lassen, die mit den Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen unter Tage vertraut sind und durch eine besondere Ausbildung die für die Behandlung der Erkrankungen des Bergmannes notwendigen Kenntnisse besitzen. Für den Bergmann ist der Knappschaftsarzt in allen Wechselfällen des täglichen Lebens einschließlich des Unfalls auf der Zeche der wichtigste Helfer, zu dem ein festes Band gegenseitigen Vertrauens besteht. Der Knappschaftsarzt erwirbt die besonderen Erfahrungen für die Behandlung der Bergmannskrankheiten, z. B. Erkrankung der Atmungsorgane, Hauterkrankungen, Magenkrankheiten, Schleimbeutelentzündungen, Augenzittern, Steinstaublunge, Preßluftschäden, Meniskusschäden und Wurmkrankheiten, durch die in der Regel vorangehende klinische Ausbildung in knappschaftseigenen Krankenhäusern bzw. in Vertragskrankenhäusern der Bergbaureviere. Die Bedingungen an den verschiedenen Arbeitsplätzen des Bergbaus — etwa 200 — lernt er durch Grubenfahrten kennen und gewinnt auf diese Weise die Sondererfahrung, die für die Beurteilung der Versicherungsfälle der Knappschaftsversicherung und für schnelle erfolgreiche ärztliche Hilfe bei Unfällen und Grubenunglücken erforderlich ist.

Die Vorschrift trägt somit den Bedürfnissen und Verhältnissen des Bergbaus Rechnung. Sie gestattet, wenn es die Selbstverwaltung für erforderlich hält, die Beibehaltung eines in vielen Jahrzehnten bewährten und auf die besondere Situation des Bergbaus zugeschnittenen Arztsystems.

Die Beibehaltung bzw. Einführung der knappschaftsärztlichen Versorgung setzt voraus, daß der Versicherte unter zumutbaren Umständen seine Wahl unter mehreren Knappschaftsärzten treffen kann. Da der Entwurf außerdem vorsieht, daß der Knappschaftsarzt überwiegend für die knappschaftsärztliche Versorgung tätig sein muß (§ 203 Abs. 2), kann sich das Knappschaftsarztsystem nur auf bergbauliche Kerngebiete erstrecken.

Macht der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung von der Ermächtigung Gebrauch, so ist er für die Sicherstellung der knappschaftsärztlichen Versorgung verantwortlich (Absatz 3). Er hat also dafür zu sorgen, daß für die knappschaftlich Versicherten eine genügende Anzahl von Ärzten zur Verfügung steht. Bei der Durchführung der knappschaftsärztlichen Versorgung hat ihn die Knappschaftsärztliche Vereinigung zu unterstützen (Absatz 4).

Absatz 2 entspricht dem § 380 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung; auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Zu § 201 RKG

Absatz 1 regelt das Rechtsverhältnis zwischen dem Träger und dem Knappschaftsarzt. Wie bereits nach geltendem Recht übt der Knappschaftsarzt seine Tätigkeit auf Grund eines privatrechtlichen Vertrages aus. Es besteht zwar volle Vertragsfreiheit, der

Träger ist jedoch gehalten, die Verträge weitgehend einheitlich zu gestalten.

Nach § 200 Abs. 2 ist der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung verpflichtet, die knappschaftsärztliche Versorgung sicherzustellen. Er ist daher verantwortlich, daß die Knappschaftsärzte die ihnen übertragenen Aufgaben ordnungsgemäß durchführen. Da es sich hierbei weitgehend um ärztliche Angelegenheiten handelt, erscheint es geboten, auch der Knappschaftsärztlichen Vereinigung die Verpflichtung aufzuerlegen, die Tätigkeit ihrer Mitglieder zu überwachen.

Zu § 202 RKG

Die Beziehungen zwischen Versicherten und Knappschaftsärzten sollen genauso gestaltet werden wie die zwischen Versicherten und Kassenärzten. Die Vorschrift entspricht dem § 389 Abs. 1 und 3 der Reichsversicherungsordnung. Die Verpflichtung des Knappschaftsarztes, Mehrausgaben, die er durch unnötige oder unwirtschaftliche Behandlung oder Verordnung verschuldet hat, zu erstatten, ist in § 391 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in gleicher Weise geregelt. Auf die Begründung zu diesen Vorschriften wird verwiesen .

Zu §§ 203 bis 205 RKG

Die Vorschriften betreffen die Auswahl des Knappschaftsarztes.

Wie bereits in der Begründung zu § 200 ausgeführt wird, ist es für die ärztliche Versorgung des Bergmannes zweckdienlich, daß die Ärzte mit den bergbaulichen Verhältnissen vertraut sind und genaue Kenntnisse über die durch die Tätigkeit im Bergbau verursachten Erkrankungen haben. Diese Kenntnisse können sie sich im allgemeinen durch eine besondere berufliche Weiterbildung erwerben.

Es ist aber auch erforderlich, daß der Knappschaftsarzt mit den bergbaulichen Verhältnissen weiterhin vertraut bleibt und seinen Kontakt mit dem Bergbau aufrecht erhält. Diesen notwendigen Anforderungen kann er erfahrungsgemäß nur gerecht werden, wenn für ihn die ärztlichen Probleme des Bergbaus im Vordergrund stehen. § 203 Abs. 2 sieht vor, daß der Knappschaftsarzt überwiegend für die knappschaftsärztliche Versorgung tätig sein muß. Im übrigen stellt die Vorschrift sicher, daß dieser Knappschaftsarzt freiberuflich tätig sein muß, also nicht in abhängiger Beschäftigung stehen darf.

Der Knappschaftsarztsitz, also die Stelle eines Knappschaftsarztes, ist dem Arzt durch den Abschluß des Vertrages zugewiesen (§ 205). Es sind also weder von seiten des Trägers noch des Arztes weitere Maßnahmen für die Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit erforderlich.

Der freiwerdende Knappschaftsarztsitz ist auszuschreiben. Um ihn kann sich jeder Arzt bewerben, der die besondere Vorbereitungszeit abgeleistet hat. Das Nähere über die Art der Ausschreibung sowie über die Art und Dauer der Vorbereitungszeit ist in der Satzung festzulegen.

Zur Zeit wählt der Vorstand des Trägers die Knappschaftsärzte aus. Für die Zukunft übernimmt diese Aufgabe ein innerhalb des Trägers zu bildender Ausschuß. Der Ausschuß ist nicht selbständig, sondern ein Teil des Trägers. Der Träger wird also insoweit durch den Ausschuß tätig. Hat der Ausschuß seine Wahl getroffen, so ist der Vertrag mit dem ausgewählten Arzt unter den üblichen Bedingungen zu schließen. Der Träger kann einen Knappschaftsarztsitz keinem Arzt zuweisen, der nicht ordnungsgemäß ausgewählt ist. Dem Ausschuß gehören Knappschaftsärzte an, weil er sich über die fachliche Eignung ein eigenes Urteil bilden muß.

Zu §§ 206 und 207 RKG

Um zu gewährleisten, daß die Leistungen der Knappschaftsärzte einheitlich honoriert werden, soll die Vergütung nach einem Vertrag, der zwischen dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und der Knappschaftsärztlichen Vereinigung zu schließen ist, erfolgen.

Hierzu haben der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und die Knappschaftsärztliche Vereinigung einen Vertragsausschuß zu bilden. Die Regelung entspricht dem § 393 der Reichsversicherungsordnung. Auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Zu § 208 RKG

Die Vorschrift regelt, wie zu verfahren ist, wenn nach Auffassung des Trägers der knappschaftlichen Krankenversicherung ein Knappschaftsarzt Mehrausgaben durch unnötige oder unwirtschaftliche Behandlung verschuldet hat. Sie sieht für diesen Fall die Schaffung eines Prüfungsausschusses vor, der die Angelegenheit eingehend zu untersuchen und einen Bericht zu erstatten hat. Da die Beziehungen zwischen dem Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung und dem Knappschaftsarzt bürgerlich-rechtlicher Natur sind, ist das in der Reichsversicherungsordnung vorgesehene Verfahren nicht übernommen worden. Nach Erhalt des Berichts muß der Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung pflichtgemäß prüfen, ob er eine Verletzung der Sorgfaltspflicht des Arztes und damit eine Verletzung des zwischen ihm und dem Arzt bestehenden Vertrages anzunehmen hat und gegebenenfalls die Mehrausgaben nach § 202 zurückfordern muß.

Zu §§ 209 und 210 RKG

Die Knappschaftsärzte sind zur Zeit in eingetragenen Vereinen zusammengeschlossen. Diese Vereine bilden eine Arbeitsgemeinschaft.

In Anlehnung an die Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung über die Kassenärzte wird in § 209 Abs. 1 festgelegt, daß die Knappschaftsärzte zur Erfüllung der ihnen durch das Gesetz übertragenen Aufgaben eine Knappschaftsärztliche Vereinigung zu bilden haben. Die Knappschaftsärztliche Vereinigung ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Sie ist Mitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (§ 210).

Im übrigen gelten für den Aufbau und die Organisation der Knappschaftsärztlichen Vereinigung die entsprechenden Vorschriften über die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Auf die Begründung zu den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wird verwiesen.

Zu §§ 211 bis 217 RKG

Der Entwurf sieht vor, daß der vertrauensärztliche Dienst für die RVO-Kassen wie bisher organisatorisch bei den Landesversicherungsanstalten errichtet wird.

Zur Zeit sind für die knappschaftliche Krankenversicherung keine Rechtsvorschriften vorhanden, die den Aufbau und die Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes regeln. Die Erlasse des Reichsarbeitsministers, die sich mit dem vertrauensärztlichen Dienst für die RVO-Kassen befassen, gelten nicht für die knappschaftliche Krankenversicherung. Jede Knappschaft hat daher den vertrauensärztlichen Dienst so aufgebaut, wie es ihr am zweckmäßigsten erschien. Dies hat zur Folge, daß dessen Aufbau und Organisation bei den einzelnen Knappschaften sehr unterschiedlich sind. Zum Teil wird auch eine organisatorische Trennung zwischen vertrauensärztlichem Dienst und ärztlicher Versorgung nicht streng durchgeführt.

In Anlehnung an die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über den vertrauensärztlichen Dienst soll künftig der vertrauensärztliche Dienst für die Knappschaftsversicherung von den Knappschaften losgelöst und organisatorisch der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften angegliedert werden. Damit ist gewährleistet, daß der vertrauensärztliche Dienst für die gesetzliche Krankenversicherung nach einheitlichen Grundsätzen aufgebaut und auch der Anschein einer Abhängigkeit der Vertrauensärzte von dem Träger der Knappschaftsversicherung vermieden wird.

Zu § 211 RKG

Entsprechend den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wird der vertrauensärztliche Dienst bei der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften in einer Abteilung zusammengefaßt.

Damit der leitende Beamte die den vertrauensärztlichen Dienst betreffenden Angelegenheiten verantwortlich mitgestalten kann, soll ihm bei den Sitzungen des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften, wenn über diese Angelegenheiten abgestimmt wird, eine beschließende Stimme zuerkannt werden.

Zu § 212 RKG

Die Vorschrift regelt, wie die Aufwendungen für den vertrauensärztlichen Dienst aufzubringen sind. Sie lehnt sich weitgehend an die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, auf deren Begründung verwiesen wird, an. Da der vertrauensärztliche Dienst sowohl für die knappschaftliche Krankenversicherung als auch für die knappschaftliche Rentenversicherung tätig wird, war eine Regelung zu treffen, wie die Kosten zwischen diesen beiden Versicherungszweigen aufzuteilen sind.

Zu § 213 RKG

Der vertrauensärztliche Dienst soll sowohl der knappschaftlichen Krankenversicherung als auch der knappschaftlichen Rentenversicherung zur Verfügung stehen. Diese Regelung entspricht der derzeitigen Verwaltungspraxis und hat sich bei den Knappschaften, die Träger dieser beiden Versicherungszweige sind, gut bewährt. Im übrigen hat der vertrauensärztliche Dienst dieselben Aufgaben wie der vertrauensärztliche Dienst der RVO-Kassen.

Zu § 214 RKG

Die Vorschrift lehnt sich an die §§ 409 und 410 der Reichsversicherungsordnung an. Auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Da der vertrauensärztliche Dienst für beide Versicherungszweige zuständig ist, muß er auch tätig werden, wenn es sich um die Belange der knappschaftlichen Rentenversicherung handelt.

Zu § 215 RKG

Durch Absatz 1 werden die Ärzte des vertrauensärztlichen Dienstes für die Knappschaftsversicherung hinsichtlich ihrer dienstrechtlichen Stellung den bei den anderen vertrauensärztlichen Diensten tätigen Ärzten gleichgestellt.

Absatz 2 stellt klar, daß für die Vertrauensärzte der Status eines dienstordnungsmäßigen Angestellten nicht zulässig ist.

Absätze 3 und 4 entsprechen §§ 412 und 413 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung.

Auf die Begründung zu den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wird verwiesen.

Zu § 216 RKG

Die örtliche Verteilung der knappschaftlich Versicherten ist sehr unterschiedlich. Gebieten mit starker Zusammenballung stehen Gebiete gegenüber, in denen nur wenige knappschaftlich Versicherte ansässig sind. Die Dienststellen des vertrauensärztlichen Dienstes sollen daher nach Bedarf errichtet werden. Um die Errichtung eigener Dienststellen des vertrauensärztlichen Dienstes in Gebieten, in denen nur eine geringe Anzahl knappschaftlich Versicherter wohnt, zu vermeiden, wird die Möglichkeit eröffnet, gegebenenfalls die örtlich vorhandenen Dienststellen der anderen vertrauensärztlichen Dienste in Anspruch zu nehmen.

Zu § 217 RKG

Die Vorschrift regelt, für welche Versicherten der vertrauensärztliche Dienst zuständig ist. Absatz 2 entspricht dem § 414 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung; auf die Begründung hierzu wird verwiesen.

Zu § 218 RKG

Absatz 1 entspricht dem § 406 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung. Auf die Begründung zu den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wird verwiesen

Nr. 18 und 19

Zu §§ 233, 234, 234 a und 234 b RKG

Die Strafvorschriften für die knappschaftliche Krankenversicherung und für die knappschaftliche Rentenversicherung werden einheitlich zusammengefaßt. § 233 Abs. 1 Satz 1 entspricht dem geltenden Recht. § 233 Abs. 2 und 3 ist an die §§ 431 und 432 der Reichsversicherungsordnung angepaßt.

§ 234 Abs. 1 Nr. 1 und 2 stimmt im wesentlichen mit dem § 430 Abs. 1 Nr. 3 und 1 der Reichsversicherungsordnung überein. § 234 Abs. 1 Nr. 3 und 4 entspricht im wesentlichen § 430 Nr. 2, §§ 1428 und 1429 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung. Die nach § 1429 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung gegebene Möglichkeit, bei Zahlungsverzug neben der Ordnungsstrafe noch den ein- bis zweifachen Betrag der Rückstände zusätzlich zu fordern, soll in Übereinstimmung mit der Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung und im Hinblick darauf, daß es zweckmäßig ist, für den Beitragseinzug in der Knappschaftsversicherung einheitliches Recht zu haben, wegfallen. Für die Festsetzung der Ordnungsstrafen nach § 234 Abs. 1 ist nach § 235 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes der Vorstand zuständig.

Durch die Verweisung auf die §§ 433 und 434 der Reichsversicherungsordnung wird sichergestellt, daß die in diesen Vorschriften genannten Personen ebenfalls von den Strafvorschriften erfaßt werden.

§ 234 b entspricht dem § 435 der Reichsversicherungsordnung. Er faßt die Vorschriften des Reichsknappschaftsgesetzes zusammen, nach denen der Träger der Knappschaftsversicherung den Arbeitgeber und die Versicherten durch Zwangsgeld zur Erfüllung ihrer Pflichten anhalten kann.

Auf die Begründung zu den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wird verwiesen.

Zu § 4

Nr. 1

Zu §§ 1 bis 5 und 7 KnVAG

Die Streichung dieser Vorschriften trägt der Neuregelung Rechnung.

Nr. 2

Zu § 6 a KnVAG

Im Bereich der Knappschaftsversicherung bestehen keine Landes- und Bundesverbände. Es ist daher zweckmäßig, die den Landes- und Bundesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen nach der Reichsversicherungsordnung zugewiesenen Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften zu übertragen, die ähnliche Aufgaben schon jetzt wahrnimmt.

Zu § 6 b KnVAG

Durch diesen Gesetzentwurf werden der Arbeitsgemeinschaft bedeutende Aufgaben übertragen, die zum Teil durch die Satzung näher geregelt werden müssen, z. B. Durchführung des vertrauensärztlichen Dienstes. Die Erweiterung des Aufgabenbereichs bringt eine wesentliche Erhöhung der Ausgaben der Arbeitsgemeinschaft mit sich. Es ist daher erforderlich, Regelungen über die Genehmigung der Satzung und des Haushaltsplanes, die zum Teil fehlen, zu treffen.

Zu § 6 c KnVAG

§ 215 Abs. 1 des Reichsknappschaftsgesetzes in der Fassung dieses Gesetzentwurfs sieht vor, daß die Vertrauensärzte in der Regel Beamte sein müssen. Aus diesem Grunde ist es notwendig, der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften Dienstherrnfähigkeit zu verleihen.

Zu § 5

Nr. 1

Die Neufassung des Absatzes 1 stimmt bis auf einige redaktionelle Verbesserungen inhaltlich mit der bisherigen Vorschrift überein.

Da die Ermächtigung des Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, das Nähere über Form und Inhalt der Anzeigen der Arbeitgeber an die Krankenkassen für die Krankenversicherungspflichtigen zu regeln, aus § 53 Abs. 2 des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (AVAVG) in Artikel 1 § 300 des Entwurfs übernommen wurde, ist in Absatz 2 nur noch die Ermächtigung hinsichtlich derjenigen Arbeitnehmer zu regeln, die nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

Nr. 2

Arbeiter waren bisher ungeachtet der Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes krankenversicherungspflichtig und somit nach § 56 Abs. 1 Nr. 1 AVAVG arbeitslosenversicherungspflichtig. Nach Artikel 1 § 167 Abs. 1 Nr. 1 des Entwurfs sind Arbeiter, deren Jahresarbeitsverdienst 9000 DM übersteigt, künftig krankenversicherungsfrei. Sie würden damit nach der derzeitigen Fassung des § 56 Abs. 1 AVAVG auch arbeitslosenversicherungsfrei werden. Es besteht aber kein Anlaß, diejenigen Arbeiter, deren Jahresarbeitsverdienst 9000 DM übersteigt, nunmehr aus dem Personenkreis herauszunehmen, der für den Fall der Arbeitslosigkeit keit durch die Arbeitslosenversicherung besonders gesichert ist. In den nach § 56 Abs. 1 Nr. 2 AVAVG arbeitslosenversicherungspflichtigen Personenkreis bezieht der Entwurf daher auch die Personen ein, die in der Rentenversicherung der Arbeiter pflichtversichert sind und der Pflicht zur Krankenversicherung nur deshalb nicht unterliegen, weil ihr Jahresarbeitsverdienst über 9000 DM liegt. Durch diese Änderung wird der Personenkreis der Arbeitslosenversicherungspflichtigen also nicht erweitert, sondern nur eine Verengung dieses Personenkreises verhindert. Für die knappschaftlich versicherten Arbeiter, die nicht durch Satzungsbestimmung in Anwendung des § 15 des Reichsknappschaftsgesetzes in der Fassung des Artikels 2 § 3 Nr. 1 des Entwurfs weiterhin ungeachtet der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes der Krankenversicherungspflicht unter-

liegen und damit nach § 56 Abs. 1 Nr. 1 AVAVG arbeitslosenversicherungspflichtig sind, gilt das oben zur Kranken- und damit zur Arbeitslosenversicherungspflicht der Arbeiter Gesagte. Auch sie sind nunmehr nach § 56 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a auf Grund ihrer Versicherungspflicht in der — knappschaftlichen — Rentenversicherung arbeitslosenversicherungspflichtig. Entsprechendes gilt für die knappschaftlich versicherten Angestellten mit der Einschränkung, die sich aus § 65 a AVAVG ergibt.

Nr. 3

Da künftig ein Anspruch auf Arbeitslosengeld auch mit einem Anspruch auf Krankenbezüge zusammentreffen kann, wenn der Arbeitslose trotz Arbeitsunfähigkeit der Arbeitsvermittlung noch zur Verfügung steht (§ 76 AVAVG), bedarf es einer Ergänzung der Vorschrift, um sicherzustellen, daß in diesen Fällen der Anspruch auf Arbeitslosengeld ruht.

Im übrigen wird die Vorschrift redaktionell der Neuregelung der Krankenversicherung angepaßt.

Nr. 4

Die Änderung ergibt sich aus der Neuregelung der Krankenversicherung.

Nr. 5

Die Regelung für die Erstattung von Beiträgen und Leistungen der Krankenkassen untereinander ergibt sich aus der Neuregelung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung.

Nr. 6

Zu § 107 Satz 1 AVAVG

Durch die Änderung der Vorschrift wird die Krankenversicherungspflicht auch auf Bezieher von Krankenbezügen erstreckt.

Zu § 107 Satz 2 AVAVG

Nach Artikel 1 § 167 Abs. 1 Nr. 6 des Entwurfs sind Personen, die ein Altersruhegeld beziehen und als Arbeitnehmer gegen Entgelt beschäftigt sind, von der Versicherungspflicht befreit. Die gleichen Erwägungen, die für die Befreiung dieses Personenkreises maßgebend sind, gelten auch für solche Bezieher von Altersruhegeld, die Arbeitslosengeld oder Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe beziehen.

Nr. 7

Zu § 108 Abs. 1 Satz 1 AVAVG

Die Änderung ergibt sich aus der Einbeziehung der Bezieher von Krankenbezügen in die Krankenversicherung der Arbeitslosen.

Zu § 108 Abs. 1 Satz 2 AVAVG

Beginn und Ende der Mitgliedschaft sind für die Krankenversicherung Arbeitsloser in Artikel 1 § 281 Abs. 3 und §§ 284 ff. des Entwurfs geregelt.

Zu § 108 Abs. 2 AVAVG

Inhaltlich entspricht die neue Fassung dem bisherigen Absatz 2. Eine Änderung ist wegen der Neufassung des § 214 RVO (jetzt Artikel 1 § 231 des Entwurfs) notwendig.

Nr. 8

Änderung zur Anpassung an das Recht der Krankenversicherung in der Reichsversicherungsordnung

Nr. 9

Anpassung an die Neuregelung der Krankenversicherung.

Nr. 10

Entsprechend den Grundsätzen, nach denen die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall geregelt worden ist, wird sichergestellt, daß der Arbeitslose, der während des Bezuges von Arbeitslosengeld infolge einer Krankheit arbeitsunfähig wird, ohne daß ihn hieran ein Verschulden trifft, während der Arbeitslosigkeit einen Anspruch auf Krankenbezüge für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von 6 Wochen hat. Die Krankenbezüge werden von der Bundesanstalt in Höhe des Betrages gewährt, den der arbeitsunfähige Arbeitslose als Arbeitslosengeld erhielte, wenn er nicht erkrankt wäre. Die sinngemäße Anwendung der angeführten Paragraphen sowie der Vorschriften des siebenten Abschnitts des AVAVG stellt sicher, daß die für die Gewährung des Arbeitslosengeldes geltenden Grundsätze — soweit erforderlich — auch für die Gewährung der Krankenbezüge anzuwenden sind. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des Rechts der Bundesanstalt, Ermittlungen jeder Art zur Feststellung, ob die Voraussetzungen zum Bezuge der Krankenbezüge vorliegen, anzustellen, einschließlich des Rechts, den Arbeitslosen ärztlich untersuchen zu lassen.

Nr. 11

Änderung zur Anpassung an die Neuregelung der Krankenversicherung.

Nr. 12

Zu § 112 Abs. 1 AVAVG

Entspricht der bisherigen Fassung des § 112 AVAVG. Die Einführung des Wortes „allgemein" ist notwendig, da die Reichsversicherungsordnung nunmehr zwischen allgemeinen und besonderen Beiträgen unterscheidet. Besondere Beiträge werden für die Arbeitslosen nicht entrichtet (Artikel 1 § 309 Abs. 4 des Entwurfs).

Zu § 112 Abs. 2 AVAVG

Nach § 87 Abs. 5 AVAVG ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld über 26 Wochen hinaus während der Zeit, für die dem Arbeitslosen u. a. ein Anspruch auf Rente wegen Erreichung des 65. Lebensjahres zuerkannt ist. In der Arbeitslosenhilfe besteht kein Anspruch auf Unterstützung während der Zeit, für die ein Anspruch auf eine solche Rente zuerkannt ist (§ 146 AVAVG).

Solange die Rente zwar beantragt, aber noch nicht zuerkannt ist (d. h. der Rentenbescheid noch nicht zugestellt ist), wird Arbeitslosengeld oder Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe von der Bundesanstalt weitergezahlt. Durch schriftliche Anzeige an den zuständigen Rentenversicherungsträger gehen die Rentenansprüche des Arbeitslosen in Höhe des zu Unrecht gezahlten Arbeitslosengeldes bzw. der überzahlten Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe auf die Bundesanstalt über (§ 186 AVAVG), wenn die Rente zuerkannt wird. Da die Bundesanstalt regelmäßig ihre Leistungen nur deshalb weiterzahlen muß, weil die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht unverzüglich getroffen wird, erscheint es geboten, der Bundesanstalt insoweit einen Erstattungsanspruch auf die von ihr getragenen Beiträge einzuräumen.

Nr. 13

Die Neufassung des § 113 entspricht inhaltlich dem Artikel 1 § 298 des Entwurfs RVO.

Nr. 14

Sondervorschriften für die Krankenversicherung unständig beschäftigter Hafenarbeiter sind entbehrlich.

Nr. 15 bis 17

Bei Empfängern von Kurzarbeitergeld, Stillegungsvergütung und Schlechtwettergeld bleibt die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung während des Leistungsbezuges erhalten (Artikel 1 § 287 des Entwurfs). Beiträge werden für diesen Personenkreis nur von dem Arbeitsentgelt abgeführt, das die Arbeitnehmer aus dem Arbeitsverhältnis erhalten (Kurzlohn). Außerdem sind die Barleistungen für diesen Personenkreis zum Teil anders geregelt. Den Kassen ist daher ein Ausgleich für das von ihnen getragene Risiko zu gewähren. Die bisherige Regelung der Elften Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 15. Juni 1960 (Bundesgesetzbl. I S. 338) wird daher in das Gesetz übernommen und auf Empfänger von Kurzarbeitergeld sowie Stilllegungsvergütung ausgedehnt. Da sich der allgemeine Beitrag nach der Neuregelung der Krankenversicherung nicht unerheblich ermäßigen wird, scheint ein Beitragssatz von 7 v. H. für die in den geänderten Vorschriften genannten Versicherten angemessen.

Um den Vomhundertsatz des Beitrages bei Änderung der Verhältnisse kurzfristig abändern zu können, ist in § 124 Abs. 2 eine Ermächtigung an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vorgesehen. Geringfügige Änderungen in den Verhältnissen sollen eine Änderung des Vomhundertsatzes des Beitrages nicht zur Folge haben. Eine auf Grund der Neuregelung dieses Gesetzes notwendige Änderung des durchschnittlichen Vomhundertsatzes der allgemeinen Beiträge der Kassen soll außer Betracht bleiben. Daher mußte diese Voraussetzung auf solche Änderungen des Vomhundertsatzes der allgemeinen Beiträge beschränkt werden, die nach dem 1. Januar 1965 eintreten.

Nr. 18

Redaktionelle Änderungen zur Anpassung an die Neuregelung der Krankenversicherung.

Nr. 19

Redaktionelle Änderungen zur Anpassung an die Neuregelung der Krankenversicherung.

Nr. 20

Die Streichung des § 162 AVAVG entspricht der Streichung des § 156 des Angestelltenversicherungsgesetzes und des § 1434 der Reichsversicherungsordnung. Es wird damit beabsichtigt, gleichartige Vorschriften der Renten- und Arbeitslosenversicherung dort zusammenzufassen, wo das übrige Recht der Einzugsstelle geregelt ist. Die Vergütung der Krankenkassen für den Einzug der Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung und für andere Aufgeben soll in einer gemeinsamen Rechtsverordnung festgesetzt werden.

Nr. 21

Änderungen zur Anpassung an die Neuregelung der Krankenversicherung.

Nr. 22 bis 24

Die Änderungen ergeben sich aus der Neufassung der Strafvorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung.

Zu § 6

Durch Artikel IX § 3 des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 23. Dezember 1956 (Bundesgesetzbl. I S. 1018) blieb die Verordnung über die Durchführung der Meldepflicht gemäß § 24 des Kündigungsschutzgesetzes vom 16. September 1954 in Kraft. Da diese Verordnung nach Artikel 4 § 5 dieses Gesetzes zunächst weiter in Kraft bleiben soll, ist Artikel IX § 3 des oben genannten Gesetzes entbehrlich.

Zu § 7

Die Leistungen der Wochenhilfe nach § 13 des Mutterschutzgesetzes und nach der Reichsversicherungsordnung sollen zusammengefaßt und künftig ausschließlich in der Reichsversicherungsordnung geregelt werden. Dadurch werden § 13 des Mutterschutzgesetzes in seiner bisherigen Fassung sowie alle sich auf diese Vorschrift beziehenden Bestimmungen im Mutterschutzgesetz entbehrlich.

Nr. 1

Die Änderung ist erforderlich, weil in Artikel 1 § 212 Abs. 1 in Verbindung mit § 285 Abs. 2 ausdrücklich bestimmt wird, daß die Frauen, deren Arbeitsverhältnis zulässig gekündigt wird, das Mutterschaftsgeld in voller Höhe erhalten.

Nr. 4

Die Streichung ist erforderlich, weil in diesen Fällen ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld aus der Familienhilfe künftig nicht mehr gegeben ist (vgl. Artikel 1 § 216 Abs. 1 des Entwurfs).

Nr. 5

In dieser Vorschrift werden alle Bestimmungen zusammengefaßt, die für die Sonderunterstützung nach § 11 des Mutterschutzgesetzes noch erforderlich bleiben und bisher in den §§ 13 bis 16 des Mutterschutzgesetzes enthalten sind. § 16 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes wird nicht übernommen; die Materie wird aus rechtssystematischen Gründen im Einkommensteuergesetz geregelt.

Zu § 8

Berufungsausschüsse sieht der Entwurf nicht mehr vor. Daher müssen alle Vorschriften des Sozialgerichtsgesetzes geändert werden, die sich auf den Berufungsausschuß und das Vorverfahren in Angelegenheiten des Kassenarztrechts beziehen. Im übrigen wird das Sozialgerichtsgesetz an die neuen Vorschriften über das Kassenarztrecht angepaßt.

Zu § 9

§ 22 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes bestimmt, daß bis zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung § 8 Abs. 3 der Krankenpflegeverordnung und § 9 Abs. 3 der Säuglings- und Kinderpflegeverordnung weiterhin Anwendung findet. Die Krankenversicherung der Personen, die in der Ausbildung für den Beruf der Krankenschwester, des Krankenpflegers, der Kinderkrankenschwester und der Hebamme stehen, wird in Artikel 1 neu geregelt. § 22 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes wird damit entbehrlich.

Zu § 10

Wegen der Neuregelung der Gewährung von Krankenhauspflege wird § 45 Abs. 2 des Seemannsgesetzes entbehrlich.

Zu § 11

Die nur auf Grund des Bundesversorgungsgesetzes anspruchsberechtigten Personen sollen an den Kosten der ihnen zu gewährenden Leistungen grundsätzlich nicht beteiligt werden. Das gilt auch für solche Versicherte, die wegen ihres anerkannten Schädigungsleidens Kassenleistungen erhalten.

Zu §§ 12 und 13

Da die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung neu gestaltet wird, werden Sondervorschriften über die Zulassung vertriebener oder evakuierter Ärzte entbehrlich. Die in den gestrichenen Vorschriften bezeichneten Ärzte erfüllen alle die Voraussetzungen zur Zulassung am Ort ihrer Niederlassung.

Zu § 14

Nr. 1

Es gilt das zu §§ 12 und 13 Gesagte.

Nr. 2 bis 5

Die Änderungen ergeben sich aus der Neuregelung in Artikel 1 des Entwurfs.

Zu § 15

Es gilt das zu §§ 12 und 13 Gesagte entsprechend.

Zu § 16

Nr. 1

Die Ergänzung ergibt sich aus der Neuregelung in § 5 Nr. 10. Als neue Leistung werden an Arbeitslose während der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit von der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung Krankenbezüge gewährt. Diese müssen steuerrechtlich den übrigen Leistungen der Bundesanstalt gleichbehandelt werden.

Nr. 2

Aus rechtssystematischen Gründen wird die bisher in § 16 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes geregelte Steuerfreiheit der Sonderunterstützung für Hausgehilfinnen im Einkommensteuergesetz geregelt.

ZU ARTIKEL 3

Zu § 1

Einige Personengruppen, die nach bisherigem Recht versicherungspflichtig sind (Selbständige, Arbeiter, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 9000 DM übersteigt), sollen künftig versicherungsfrei sein. Diese Versicherungsfreiheit soll jedoch erst sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes wirksam werden, weil sowohl den Betroffenen wie den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden muß, sich auf die neuen Verhältnisse einzustellen. Wer versicherungsfrei wird, soll nach Absatz 2 das Recht haben, die Pflichtversicherung freiwillig fortzusetzen, ohne daß die sonst geforderte Vorversicherungszeit nachgewiesen zu sein braucht.

Zu § 2

Die neue Abgrenzung des versicherungspflichtigen Personenkreises der Rentenbewerber und Rentenbezieher, wie sie Artikel 1 § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 des Entwurfs vorsieht, hätte zur Folge, daß alle diejenigen bisher versicherungspflichtigen Rentner, die in den letzten fünf Jahren vor der Antragstellung nicht mindestens 52 Wochen pflichtversichert waren, aus der Versicherungspflicht ausscheiden müßten. Durch die Überleitungsvorschriften wird sichergestellt, daß die Pflichtversicherung dieser Renten-

bezieher solange fortbesteht, wie Rente gewährt wird. Die Pflichtversicherung dieser Rentenbezieher bleibt auch dann bestehen, wenn sie im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes dadurch unterbrochen war, daß eine Versicherung nach anderen gesetzlichen Vorschriften bestanden hat (z. B. durch versicherungspflichtige Beschäftigung). Sofern der Entwurf des Sozialversicherungs-Angleichungsgesetzes Saar vor diesem Entwurf in Kraft tritt, muß die Regelung des Absatzes 1 auf die in Absatz 2 genannten Personen erstreckt werden.

Da künftig für Rentner der knappschaftlichen Rentenversicherung die gleichen Voraussetzungen für die Versicherungspflicht in der knappschaftlichen Krankenversicherung gelten wie für die Rentenbezieher der Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten, sieht Absatz 3 eine entsprechende Regelung für die zur Zeit pflichtversicherten Rentner vor, die die Voraussetzungen nach § 15 Abs. 2 Satz 1 des Reichsknappschaftsgesetzes nicht erfüllen.

Absatz 4 gibt den Versicherten, die nach geltendem Recht auf Grund ihres Rentenantrages Leistungen aus der knappschaftlichen Krankenversicherung erhalten, nach Inkrafttreten dieses Gesetzes aber aus der Versicherung ausscheiden müssen, weil sie die geforderten Vorversicherungszeiten nicht erfüllen, das Recht, die Versicherung in der knappschaftlichen Krankenversicherung freiwillig fortzusetzen.

Zu § 3

Nach geltendem Recht sind Hinterbliebene, die einen Rentenantrag gestellt haben, dann nicht versicherungspflichtig, wenn der Ehemann (Vater oder Mutter) als Arbeiter oder Angestellter in den letzten fünf Jahren vor seinem Tode zwar 52 Wochen pflichtversichert war, aber zuletzt der Krankenversicherung als Selbständiger freiwillig angehört hat und vor seinem Tode eine Versichertenrente weder beantragt noch bezogen hat. Diese Hinterbliebenenrentner sollen in die Pflichtversicherung einbezogen werden. Da jedoch die Krankenkassen diese Personen, soweit die Antragstellung vor Inkrafttreten dieses Gesetzes liegt, nicht erfassen können, kann die Versicherung erst beginnen, wenn sich diese Personen melden.

Zu § 4

Die Vorschrift schließt an § 9 der Übergangsvorschriften des Gesetzes über die Krankenversicherung der Rentner an. Sie stellt sicher, daß bei Rentenantragstellern für die Feststellung der Voraussetzungen der Versicherungspflicht Zeiten, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes in einer gesetzlich angeordneten Versicherung oder Versorgung für den Fall der Krankheit zurückgelegt sind, Zeiten der Pflichtversicherung im Geltungsbereich dieses Gesetzes gleichgestellt werden. Sie dehnt darüber hinaus diese Gleichstellung auf alle Personen aus, die in den Geltungsbereich dieses Gesetzes zuziehen, soweit Versicherungszeiten für das Versicherungsverhältnis oder für Leistungsansprüche von Bedeutung sind.

Zu § 5

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem § 10 des Fremdrenten- und Auslandsrentengesetzes vom 7. August 1953, dessen Weitergeltung bis zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt ist (vgl. Art. 7 § 3 Abs. 2 des Fremdrenten- und Auslandsrenten-Neuregelungsgesetzes vom 25. Februar 1960).

Zu § 6

Da die Personen, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes freiwillig versichert sind, bei der freiwilligen Fortsetzung ihrer Versicherung die Änderung des Rechts bei ihrem Entschluß nicht berücksichtigen konnten, ist für sie eine Besitzstandsklausel vorgesehen.

Zu § 7

Die §§ 7 bis 11 beziehen sich nur auf laufende Leistungen. Überleitungsvorschriften für einmalige Leistungen sind nicht erforderlich, da hierfür das im Zeitpunkt der Bewilligung geltende Recht anzuwenden ist.

Zu § 8

Die Vorschrift stellt sicher, daß Bezugszeiten nach neuem und nach geltendem Recht zusammengerechnet werden.

Zu § 9

Da es in vielen Fällen schwierig wäre, das laufende Krankengeld nach der neuen Berechnungsformel neu zu berechnen, sollen die bisherige Bemessungsgrundlage und die Zahlungsweise für die laufenden Fälle beibehalten werden. Jedoch sollen den Versicherten die sich aus der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ergebene Erhöhung des Regellohns und die nach neuem Recht geltenden Vomhundertsätze des Krankengeldes (bisher Hausgeldes) zugute kommen.

Zu § 10

Als Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gilt bei den Leistungen der Wochenhilfe die Entbindung. Als Eintritt des Leistungsfalles gilt aber nach neuem Recht der Beginn der Schutzfrist nach § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes. Daher müßten für alle Fälle, in denen die Versicherte nach dem Inkrafttreten des Gesetzes entbindet, rückwirkend die Leistungen nach neuem Recht umgestellt werden. Dies könnte zu Schwierigkeiten führen, weil nach geltendem Recht in vielen Fällen verschiedene Vorschriften nebeneinander anzuwenden sind (z. B. Mutterschutzgesetz neben Vorschriften der Wochenhilfe oder der Familienwochenhilfe). Daher sollen alle Fälle, in denen bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits Leistungen gewährt werden, nach bisherigem Recht abgewickelt werden.

Zu § 11

Die Vorschrift regelt die Überleitung der bei Inkrafttreten des Gesetzes laufenden Leistungen der Familienhilfe und bestimmt, wie in den Fällen zu verfahren ist, in denen nach neuem Recht keine Ansprüche auf Familienhilfe mehr bestehen. Es kann sich dabei um Ehegatten oder Kinder handeln, für die die Voraussetzungen des Artikels 1 § 216 Abs. 1 Satz 2 oder 3 nicht erfüllt sind, oder um sonstige Angehörige, für die die Satzung keine Familienhilfe mehr vorsieht oder auf die der Versicherte die Erstreckung der Familienhilfe nicht beantragt.

Zu § 12

Die Vorschrift schließt an Artikel 2 § 10 des Gesetzes über Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956 (BGBl. I S. 500) an und gleicht die Zusatzversicherung in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner dem Recht in der allgemeinen Krankenversicherung der Rentner an. Die aufwendige jährliche Neufeststellung der Höhe des Zusatzsterbegeldes nach geltendem Recht soll nicht beibehalten werden. Der Versicherte kann seine Zusatzsterbegeldversicherung in der im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bestehenden Höhe weiterführen.

Zu § 13

Absatz 1

Durch die Vorschrift sollen solche Ortskrankenkassen, deren Bezirk beim Inkrafttreten des Gesetzes nicht mit den neuen Vorschriften übereinstimmt, zunächst in der bestehenden Ausdehnung aufrecht erhalten bleiben, bis die Landesbehörden die Übereinstimmung herbeiführen.

Absatz 2

Nach dem Neuregelungsentwurf gibt es „besondere Ortskrankenkassen" nicht mehr. Zur Zeit besteht als besondere Ortskrankenkasse die Krankenkasse der Schiffer in Lauenburg. Für das Weiterbestehen dieser Kasse und der nach 1945 wegen der besonderen Verhältnisse in der Donauschiffahrt gebildeten Krankenkasse der Donauschiffer in Regensburg besteht auch künftig ein Bedürfnis. Sie sollen daher als nach Artikel 1 § 235 Abs. 3 des Neuregelungsentwurfs angeordnete Ortskrankenkassen gelten.

Absatz 3

Zur Zeit gibt es nicht für jeden Bezirk einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises eine Ortskrankenkasse. In diesem Falle hat die Landkrankenkasse bis zur Errichtung einer Ortskrankenkasse deren Aufgaben wahrzunehmen.

Zu § 14

Absatz 1

Soweit bei Inkrafttreten des Gesetzes Landkrankenkassen bereits bestehen, erscheint eine Anordnung nach Artikel 1 § 238 Abs. 2 des Neuregelungsentwurfs entbehrlich. Diese Kassen sollen daher als angeordnet im Sinne der genannten Vorschriften gelten.

Absatz 2

Nach geltendem Recht (§ 255 RVO) sind auch Betriebskrankenkassen zugelassen, die einen sehr geringen Mitgliederbestand haben. Diese Kassen müßten nach Artikel 1 § 246 Nr. 4 des Neuregelungsentwurfs geschlossen werden. Da es sich dabei oft um Kassen mit langer Tradition handelt, deren Leistungsfähigkeit trotz des geringen Mitgliederbestandes gegeben ist, sollen sie erhalten bleiben. Ein Mitgliederbestand von 100 Versicherten darf jedoch auch von diesen Kassen über eine bestimmte Dauer hinaus nicht unterschritten werden, da ihre Leistungsfähigkeit dann zweifelhaft würde. Für Innungskrankenkassen ist eine ähnliche Regelung vorgesehen.

Absatz 3

Nach Artikel 1 § 256 Nr. 1 des Neuregelungsentwurfs wird eine Ersatzkasse geschlossen, wenn die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eines Kalenderjahres unter 1000 sinkt. Der in Absatz 2 für Betriebs- und Innungskrankenkassen getroffenen Regelung entspricht es, die vor dem 1. Januar 1914 zugelassenen Ersatzkassen zu erhalten, wenn nicht die Zahl ihrer Mitglieder mindestens für die Dauer eine Kalenderjahres unter 300 sinkt.

Zu § 15

Für das Kalenderjahr, in dem dieses Gesetz in Kraft tritt, läßt sich das der Beitragsbemessung zugrunde liegende durchschnittliche monatliche Entgelt nach Artikel 1 § 309 Abs. 2 des Entwurfs aus dem Vorjahr nicht feststellen, weil der Kreis der versicherungspflichtig Beschäftigten und die Beitragsbemessungsgrenze sich bei Inkrafttreten des Gesetzes ändern. Es soll daher für das Kalenderjahr, in dem dieses Gesetz in Kraft tritt, noch der nach geltendem Recht festgestellte durchschnittliche monatliche Grundlohn gelten.

Zu § 16

Die Neuordnung des Rücklagewesens bedingt, daß die bisher von den Abteilungen K der Landesversicherungsanstalten angesammelten Rücklagen entsprechend zu verteilen sind.

Zu § 17

Die bis zum Erlaß entsprechender Rechtsverordnungen geltende Übergangsregelung geht von einem Satz von 7 v. H. aus, der im geltenden Recht schon üblich ist (§ 13 Häftlingshilfegesetz und § 4 Abs. 3 des Erlasses des Reichsarbeitsministers vom 18. März 1943, betreffend Änderungen der Bestimmungen für die Durchführung der §§ 219, 220 RVO).

Zu § 18

Bei den genannten Personen handelt es sich um Versicherte, die eine Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten beziehen und weniger als sechzig Monate in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren. Bis zur Neuregelung der gesetzlichen Rentenversicherungen waren für die Feststellung und Zahlung dieser Renten die Knappschaften zuständig. Damit waren diese Rentner in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner versichert. Nach dem Knappschaftsrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz ist für die Umstellung und Zahlung dieser Renten nunmehr die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers der Arbeiter oder der Angestellten gegeben. Aus Gründen der Besitzstandswahrung konnten diese Versicherten jedoch in der knappschaftlichen Krankenversicherung der Rentner verbleiben.

Die Vorschrift stellt klar, daß die Träger der Rentenversicherungen der Arbeiter und der Angestellten für diese Versicherten auch Beiträge, und zwar an den zuständigen Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung, zu entrichten haben.

Zu § 19

Die Vorschrift regelt das Erforderliche für den Übergang des bei der Seekasse für die besondere Abteilung „See-Krankenkasse" vorhandenen Vermögens auf die nach Artikel 1 § 252 des Entwurfs zu errichtende See-Krankenkasse.

Zu § 20

Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Umwandlung der Verbände nach §§ 406 ff. RVO in die Bezirksverbände nach Artikel 1 §§ 366 ff. des Entwurfs. Da es sich hierbei lediglich um einen Wechsel in der Bezeichnung sonst identischer juristischer Personen handelt, braucht eine Vorschrift, die den Übergang von Rechten und Pflichten vorschreibt, nicht aufgenommen zu werden.

Absatz 2

Für die Bezirksverbände gibt es nach dem Entwurf keine Vertreterversammlungen mehr. Die Auflösung der Vertreterversammlungen der Verbände nach § 406 RVO ist daher mit Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehen.

Absatz 3

Um den Rechtsübergang nach Absatz 1 für die beteiligten Verbände kostenfrei eintreten zu lassen, sieht die Vorschrift eine Freistellung von Gebühren, Abgaben und baren Auslagen vor.

Zu § 21

Absatz 1

Nach geltendem Recht (§ 414 Abs. 1 RVO) bilden die Krankenkassen in jedem Land je nach Kassenart einen Landesverband. Nach Artikel 3 § 2 Abs. 2 des Gesetzes über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen vom 17. August 1955 (BGBl. I S. 524) können Landesverbände weiter bestehenbleiben, deren Grenzen von den in § 414 Abs. 1 RVO bestimmten abweichen, sofern gewisse Voraussetzungen erfüllt sind, insbesondere die Zustimmung der zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder vorliegt. Da davon auszugehen ist, daß ein Bedürfnis für das Weiterbestehen dieser Verbände besteht, wenn sie infolge dieser Zustimmung bei Inkrafttreten des Neuregelungsentwurfs noch bestehen, ist die Auflösung dieser Verbände nur dann vorgesehen, wenn eine der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der beteiligten Länder ihre bisherige Zustimmung widerruft.

Absatz 2

Wird die Zustimmung widerrufen, dann ist der Verband aufzulösen. Die notwendige Auseinandersetzung ist von den beteiligten Ländern durch Staatsvertrag zu vereinbaren.

Zu § 22

Ergibt sich aus Artikel 1 § 370 Abs. 2 des Entwurfs.

Zu § 23

Absatz 1

Die Arbeiterersatzkassen und die Angestelltenersatzkassen sind gegenwärtig in zwei eingetragenen Vereinen zusammengefaßt, dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. Es erscheint zweckmäßig, die Bundesverbände der Ersatzkassen auf der Grundlage dieser bestehenden Zusammenschlüsse aufzubauen.

Absätze 2 und 3

Um die Aufnahme der Tätigkeit der Bundesverbände vorzubereiten, sollen die bisherigen Organe der beiden Verbände die Satzungen der Bundesverbände beschließen. Die Neuwahl der Organe soll sich innerhalb drei Monaten nach Genehmigung der Satzung anschließen. Da zwischen der Verkündung des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes und seinem Inkrafttreten voraussichtlich ein längerer Zeitraum liegen wird, erscheint der für die oben bezeichneten vorbereitenden Maßnahmen in Absatz 2 und 3 vorgesehene Zeitraum als ausreichend.

Absatz 4

Da es sich bei den Bundesverbänden der Ersatzkassen gegenüber den in Absatz 1 genannten eingetragenen Vereinen um andere juristische Personen handelt, bedarf es hier einer Bestimmung, die den Übergang der Rechte und Pflichten von den eingetragenen Vereinen auf die Bundesverbände der Ersatzkassen vorschreibt.

Zu § 24

Absatz 1

Die Vorschrift soll sicherstellen, daß bis zur Bildung der neuen Zulassungsausschüsse die Zulassung von Kassenärzten möglich bleibt.

Absatz 2

Da es künftig keine Berufungsausschüsse mehr geben soll, muß über die Weiterführung anhängiger Verfahren eine Bestimmung getroffen werden. Dem Zulassungsausschuß soll die Möglichkeit gegeben werden, unter den neuen Rechtsverhältnissen nochmals zu entscheiden.

Zu § 25

Absatz 1

Es handelt sich um Personen, die eine den staatlich geprüften Dentisten gleichwertige Ausbildung genossen und die lange Zeit als Dentisten selbständig behandelt haben, denen aber die staatliche Anerkennung fehlt. Ihnen soll im Rahmen ihrer Behandlungsfähigkeit auch die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit ermöglicht werden.

Absatz 2

übernimmt den Inhalt des Artikels 4 § 14 Abs. 1 des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 (BGBl. I S. 513) und dehnt ihn auf die nach Absatz 1 zur Zahnbehandlung zugelassenen Personen aus.

Zu § 26

Es ist vorgesehen, die ärztliche Behandlung künftig nach Einzelleistungen zu vergüten. Bei Inkrafttreten des neuen Rechts liegt aber noch keine neue Gebührenordnung vor. Für die Übergangszeit sollen daher die in der Vorschrift genannten Vertragsgebührenordnungen gelten. Damit werden vom Inkrafttreten dieses Gesetzes an für alle Krankenkassen die gleichen Gebühren gelten.

Zu § 27

Die Vorschrift entspricht der für die Landesverbände der Krankenkassen in § 20 getroffenen Regelung (vgl. auch Artikel 4 § 2 Abs. 2 des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 — BGBl. I S. 513).

Zu § 28

Absatz 1

regelt die Überleitung derjenigen Knappschaftsärzte, die in Bezirken tätig sind, in denen in Zukunft die knappschaftsärztliche Versorgung auf Grund des § 200 des Reichsknappschaftsgesetzes eingeführt wird.

Absatz 2

Die Knappschaften müssen, um auf das Kassenarztsystem übergehen zu können, die Möglichkeit haben, die bestehenden Arztverträge zu kündigen. Es entspricht rechtsstaatlichen Grundsätzen, im Falle der Kündigung die bis zur Vertragslösung erworbenen Rechte der betroffenen Ärzte zu sichern.

Absatz 3

Es liegt im Interesse der gekündigten Vertragsärzte, daß ihnen die Zulassung als Kassenarzt am Ort ihrer Niederlassung kraft Gesetzes gewährt wird. Damit soll vermieden werden, daß die Ärzte, die unter Umständen in vorgerücktem Alter stehen, noch einmal einem Zulassungsverfahren unterworfen werden, bevor sie eine kassenärztliche Tätigkeit ausüben können. Es bleibt dem einzelnen Arzt freigestellt, auf die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit zu verzichten.

Zu § 29

Nach geltendem Recht werden die für die Ersatzkassen tätigen Ärzte und Zahnärzte auf Grund von Verträgen zugelassen. Da künftig das Zulassungsrecht auch für die kassenärztliche Versorgung der bei den Ersatzkassen Versicherten im Achten Abschnitt des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung geregelt ist, muß die Überleitung der nur für die Ersatzkassen tätigen Ärzte auf das neue Recht vorgesehen werden. Die Vorschrift überläßt es diesen Ärzten, sich entweder für die Zulassung zur allgemeinen kassenärztlichen Versorgung oder für die Zulassung nur zu den Ersatzkassen zu entscheiden.

Zu § 30

Es erscheint zweckmäßig, die bestehende Arbeitsgemeinschaft der Vereinigungen der Knappschaftsärzte e. V. in die Knappschaftsärztliche Vereinigung umzuwandeln. Damit werden Übergangsschwierigkeiten vermieden.

Um die knappschaftsärztliche Vereinigung bis zur Bildung ihrer Organe handlungsfähig zu machen, soll der bisherige Vorstand der Arbeitsgemeinschaft der Vereinigungen der Knappschaftsärzte e. V. die Geschäfte führen und zugleich auch die Befugnisse der Vertreterversammlung der Knappschaftsärztlichen Vereinigung wahrnehmen.

Zu § 31

Absatz 1

In Teilen des Landes Baden-Württemberg und im Land Berlin wird der Vertrauensärztliche Dienst nicht von den Landesversicherungsanstalten als Gemeinschaftsaufgabe der Krankenversicherung durchgeführt. Die Vorschrift soll sicherstellen, daß sich in diesen Gebieten die Aufnahme der Tätigkeit des Vertrauensärztlichen Dienstes nach dem neuen Recht unmittelbar an die des bisherigen Vertrauensärztlichen Dienstes anschließt.

Der vorgesehene Übergang des Vertrauensärztlichen Dienstes auf die Landesversicherungsanstalten bedarf eingehender organisatorischer Vorarbeiten. Es erscheint daher zweckmäßig, die Landesregierungen zu ermächtigen, das Erforderliche für den Übergang und den Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit des neu zu errichtenden Vertrauensärztlichen Dienstes zu bestimmen.

Zu § 32

Die Vorschrift soll sicherstellen, daß der bei der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften zu errichtende vertrauensärztliche Dienst seine Tätigkeit ohne Verwaltungsschwierigkeiten aufnehmen kann. Der vorgesehene Übergang des vertrauensärztlichen Dienstes auf die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften bedarf eingehender organisatorischer Vorarbeiten. Es erscheint daher zweckmäßig, den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu ermächtigen, durch eine Rechtsverordnung den Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit und alles Weitere über den Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit, die Übernahme von Bediensteten und den Übergang von Vermögen der bisherigen Träger des vertrauensärztlichen Dienstes der Knappschaften auf die Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften zu bestimmen.

Zu § 33

Da die Kassenprüfung nach Art. 1 § 426 dieses Entwurfs neu geregelt wird, muß für das Personal und die Verpflichtungen der bisherigen Träger der Gemeinschaftsaufgaben eine Übergangsregelung getroffen werden.

ZU ARTIKEL 4

Zu § 1

Absatz 1

Die Vorschrift dehnt Bestimmungen des Selbstverwaltungsgesetzes auf die Organe und Geschäftsführer der Kassenverbände nach Artikel 1 §§ 366 ff. des Entwurfs aus, soweit sie mit Rücksicht auf Aufgaben und Aufbau dieser Verbände Anwendung finden können. Damit soll erreicht werden, daß für sämtliche Körperschaften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes gelten. Die Vorschriften des Selbstverwaltungsgesetzes sind in die Übergangsvorschriften aufgenommen worden, weil dieses Gesetz demnächst neu gefaßt und in das Erste Buch der Reichsversicherungsordnung eingegliedert werden soll.

Absatz 2

Die Vorschrift berücksichtigt, daß in den Organen der Bundesverbände der Ersatzkassen Arbeitgeber nicht vertreten sind.

Zu § 2

Absätze 1 und 2

Die Vorschrift entspricht § 414 a RVO.

Absatz 3

Die Vorschrift berücksichtigt, daß in den Organen der Ersatzkassen die Arbeitgeber nicht vertreten sind.

Zu § 3

Absatz 1

Die Vorschrift dehnt Bestimmungen des Selbstverwaltungsgesetzes auch auf die besondere Abteilung des vertrauensärztlichen Dienstes aus, soweit diese Vorschriften mit Rücksicht auf Aufgaben und Aufbau der vertrauensärztlichen Dienste Anwendung finden können. Damit wird der vertrauensärztliche Dienst in einer auf seine Bedürfnisse abgestellten Form der Selbstverwaltung durchgeführt.

Absatz 2

Die Vorschrift soll verhindern, daß die Amtsdauer der Mitglieder des Ausschusses von der Amtsdauer der Mitglieder der Organe der sie bestellenden Körperschaften abweicht.

Zu §§ 4 bis 13

Der Entwurf sieht eine Reihe von Ermächtigungen zum Erlaß von Rechtsvorschriften und Verwaltungsvorschriften vor, die die bereits geltenden Bestimmungen ändern oder ersetzen sollen. Da diese Verordnungen und Verwaltungsvorschriften nicht gleichzeitig mit der Neuregelung des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft gesetzt werden können, soll sichergestellt werden, daß für die Zwischenzeit das bisher geltende Recht auch über den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Neuregelungsgesetzes hinaus bis zum Erlaß der neuen Vorschriften Anwendung findet.

Zu § 14

Artikel 1 des Entwurfs sieht die Möglichkeit einer Befreiung von der Versicherungspflicht auf Antrag nicht mehr vor. Für den genannten Personenkreis ist daher eine Ausnahmeregelung erforderlich.

C. Finanzieller Teil

Als Basis für die folgenden Vergleiche von Einnahmen und Ausgaben wurde das Jahr 1962 gewählt; dabei wurde einerseits angenommen, das bisherige Recht gelte auch während des ganzen Jahres 1962, andererseits, von Anfang des Jahres an gelte in vollem Umfang die neue Regelung. Aus der Gegenüberstellung beider Annahmen ergibt sich in den einzelnen Positionen und am Ende in der Totale, wie sich die finanzielle Belastung der Kassen durch die Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung voraussichtlich ändern wird.

Alle Angaben mußten aus den Unterlagen der Krankenversicherung und aus anderen allgemein-statistischen Unterlagen, die zum Teil bis für die ersten Monate des Jahres 1962 vorlagen, entnommen und auf das Jahr 1962 fortgeschrieben werden.

Ein Teil der vom Gesetzentwurf zu erwartenden finanziellen Effekte läßt sich kaum im voraus schätzen. Das gilt vor allem für die Vorschriften, die sich auf das Verhalten der Versicherten auswirken werden, wie beispielsweise die Eigenleistung der Versicherten, und für Leistungen, deren Umfang vom Verhalten der Versicherten bestimmt werden wird, wie z. B. die Vorsorgeuntersuchungen. Ferner ist durch die Vorsorgeleistungen eine gewisse Entlastung der Kassen wenigstens als Fernwirkung zu erhoffen. Schließlich können die Kassen bestimmte Leistungen nach eigenem Ermessen oder nach Bestimmung der Satzung gewähren, wie Vorsorgekuren und andere Maßnahmen der Vorsorgehilfe (§§ 180 bis 182), Zuschüsse zum Zahnersatz (§ 190) und Genesungskuren (§ 206); sichere finanzielle Voraussagen sind hier kaum zu machen.

I. Änderungen im Personenkreis und im Beitragsrecht

Die in diesem Abschnitt angestellten Berechnungen beziehen sich auf Änderungen einzelner Rechtsvorschriften, wobei zunächst davon ausgegangen wird, daß der zukünftige allgemeine Beitragssatz bei rund 5 v. H. liegen wird. Berechnet werden kann die voraussichtliche Höhe des allgemeinen Beitragssatzes allerdings erst, nachdem festgestellt worden ist, wie sich sämtliche Einnahme- und Ausgabeposten ändern werden (Abschnitt V).

1. Änderung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 167 Abs. 1 Nr. 1 und § 304 Abs. 3)

a) Durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze wird für 12,48 Millionen versicherungspflichtige Beschäftigte, die bisher sofort Anspruch auf Barleistungen hatten, einschließlich der Wehrpflichtigen und der nach dem Entwurf nunmehr freiwillig weiterversicherten Arbeiter, das durchschnittliche Monatsentgelt, soweit es der Beitragspflicht unterliegt, von 463,40 auf 494 DM, also um 30,60 DM im Monat oder rund 367 DM im Jahr, erhöht. Ausgangswert ist der Grundlohn für alle Pflichtversicherten (§ 4 KVdR-Beitragsvorschriften), der aber auch als Durchschnittsentgelt für die Versicherten dieses Absatzes verwendet werden konnte. 463,40 DM ist der um 5 v. H. erhöhte Grundlohn des Jahres 1961. Bei einer Schichtung der Monatslöhne von 57 v. H. unter 660 DM, 18 v. H. zwischen 660 und 750 DM und 25 v. H. über 750 DM ergibt die Verschiebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 750 DM den Durchschnittswert von 494 DM. Aus dieser Erhöhung um 6,6 v. H. würden sich bei dem gegenwärtig gültigen durchschnittlichen Beitragssatz von 9,6 v. H. Mehreinnahmen von rund 440 Millionen DM herleiten. Bei einem allgemeinen Beitragssatz von 5 v. H. würden sich aus dem zusätzlich versicherten Einkommen rund 229 Millionen DM Mehreinnahmen ergeben.

Die Einnahmen aus dem g e s a m t e n beitragspflichtigen Einkommen dieser Gruppe würden allerdings bei 5 v. H. Beitrag um rund 2963 Millionen DM sinken.

Für die weiterversicherten Arbeiter wurde angenommen, daß bisherige Pflichtversicherte sich in der Regel weiterversichern.

b) Der Kreis der Pflichtmitglieder, die bisher keinen sofortigen Anspruch auf Barleistungen hatten, beträgt gegenwärtig 5,10 Millionen. Er wird sich wegen der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze voraussichtlich um rund 0,60 Millionen Personen vergrößern. Wenn angenommen wird, daß das Durchschnittsentgelt der wieder versicherungspflichtig Werdenden 705 DM monatlich beträgt, ergibt sich daraus ein Durchschnittsbeitrag von rund 48 DM monatlich beim gegenwärtig gültigen Beitragssatz (durchschnittlich 6,8 v. H.) bzw. von rund 35 DM beim voraussichtlich zu erwartenden Beitragssatz (rund 5 v. H.). Nimmt man an, daß dieser Teil der Mitglieder bisher im Durchschnitt rund 35 DM Monatsbeitrag geleistet hat, so ergeben sich im ersten Fall Mehreinnahmen von rund 94 Millionen DM, im zweiten Fall würde sich nichts ändern. Beim Bestand der Pflichtmitglieder ohne sofortigen Anspruch auf Barleistungen ergeben sich nach Heraufsetzung der Beitragsbemessungsgrenze gewisse Mehreinnahmen seitens der Pflichtversicherten, deren Monatseinkommen schon bisher 660 DM übersteigt. Angenommen, daß rund 0,25 Millionen Versicherte trotz Überschreitens der Einkommensgrenze bisher versicherungspflichtig waren, so führt das bei einem Ansatz von schätzungsweise 40 DM zusätzlich beitragspflichtigem Entgelt zu Mehreinnahmen von 8 Millionen DM bei einem Beitragssatz von 6,8 v. H. oder 6 Millionen DM bei 5 v. H.

Der zu erwartende Beitragssatz von 5 v. H. auf alle Pflichtmitglieder ohne sofortigen Anspruch auf Barleistungen angewandt, läßt Mindereinnahmen von rund 239 Millionen DM erwarten.

c) Bei den übrigen 4,09 Millionen freiwillig Versicherten, die sich z. T. aus höherverdienenden Angestellten, z. T. aus sonstigen freiwillig Versicherten zusammensetzen, würde sich das der Beitragsentrichtung zugrunde liegende Einkommen infolge der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um durchschnittlich 343 DM im Jahr erhöhen. Daraus errechnen sich bei dem gegenwärtig gültigen Beitragssatz

von rund 6 v. H. rund 84 Millionen DM, bei dem zu erwartenden allgemeinen Beitragssatz von 5 v. H. rund 70 Millionen DM Mehreinnahmen.

Wird auf das gesamte Einkommen aller freiwillig Versicherten, soweit es der Beitragsentrichtung zugrunde liegt, ein Beitragssatz von 5 v. H. angewandt, so ergeben sich Mindereinnahmen von rund 398 Millionen DM. Der Betrag könnte sich durch die Regelung des § 312 Abs. 2 geringfügig senken.

d) Insgesamt kann infolge der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze mit rund 626 Millionen DM Mehreinnahmen bei Fortbestand der gegenwärtigen durchschnittlichen Beitragssätze und mit rund 305 Millionen DM Mehreinnahmen bei einem allgemeinen Beitragssatz von 5 v. H. gerechnet werden. Wird der Beitragssatz von 5 v. H. statt der bisher gültigen Beitragssätze auf das gesamte der Beitragsentrichtung zugrunde liegende Einkommen angewandt, so führt das zu Mindereinnahmen von insgesamt rund 3600 Millionen DM.

2. Wegfall der Mitgliederklassen (§§ 304 und 312)

Der Beitragsbemessung ist immer der Arbeitsverdienst oder das Gesamteinkommen (bei freiwillig versicherten Ehefrauen ohne Einkommen die Hälfte des Gesamteinkommens des anderen Ehegatten) zugrunde zu legen.

Bisher wurden für etwa drei Millionen Mitglieder die Beiträge nach Mitgliederklassen erhoben. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß die Beiträge für einen Teil dieses Personenkreises geringer waren, als wenn man der Beitragsbemessung das Einkommen zugrunde gelegt hätte. Mangels genauer Unterlagen ist es aber nicht möglich, den Umfang der zu erwartenden Mehreinnahmen abzuschätzen. Setzt man voraus, daß rund eine Million Mitglieder im Durchschnitt 1,50 DM mehr an Beiträgen monatlich zahlen wird, so würde dies eine absolute Mehreinnahme der Kassen in Höhe von 18 Millionen DM zur Folge haben.

3. Beiträge für Arbeitslose (§ 309)

Aus den fortgeschriebenen Rechnungsergebnissen von 1960 ergibt sich für 1962 ein Durchschnittsbeitrag von 275 DM für versicherungspflichtige Arbeitslose und eine durchschnittliche Erstattung an Krankengeld in Höhe von 175 DM. Bei voraussichtlich 130 000 Arbeitslosen im Durchschnitt des Jahres ergeben sich Einnahmen der Krankenkassen aus Beiträgen und Krankengelderstattungen für Arbeitslose von rund 59 Millionen DM.

Im Entwurf ist ein allgemeiner Beitrag für Arbeitslose vorgesehen, dessen Höhe sich am Grundlohn des voraufgegangenen Jahres ausrichtet. Der Grundlohn von 441,30 DM, der aus den Arbeitsentgelten des 2. und 3. Quartals 1961 festgestellt worden ist, würde sich auf 427,50 DM verringern, weil das Entgelt der aus der Versicherungspflicht ausscheidenden Arbeiter nicht mehr mitgezählt werden könnte. (Bei dieser Annahme wird davon ausgegangen, daß das neue Recht im Jahre 1962 voll wirksam geworden ist, das Jahr des Inkrafttretens also bereits vor 1962 liegt, während effektiv das Jahr des Inkrafttretens insofern noch ein Übergangsjahr ist, als der Grundlohn aus den Werten des Vorjahres nicht geändert werden kann.)

Aus den 427,50 DM Grundlohn errechnen sich bei 130 000 Arbeitslosen und einem allgemeinen Beitragssatz von 5 v. H. Einnahmen von rund 33 Millionen DM.

4. Beiträge für Rentner (§ 310)

Die Beiträge für versicherungspflichtige Rentner der gesetzlichen Rentenversicherungen betragen 1962 voraussichtlich insgesamt 1615 Millionen DM. Dieser Betrag wird sich durch die genannte Ermäßigung des durchschnittlichen Grundlohns auf 1564 Millionen DM verringern. Die Herabsetzung des allgemeinen Beitragssatzes von durchschnittlich 6,4 v. H. auf 5 v. H. wird eine weitere Einnahmesenkung auf 1222 Millionen DM bewirken, so daß mit Mindereinnahmen von 393 Millionen DM zu rechnen ist.

5. Mehreinnahmen aus Lohnfortzahlung

Die Lohnfortzahlung für kranke Arbeiter wird 1962 auf 5 470 Millionen DM geschätzt. Da aus dieser Summe auch Beiträge zur Krankenversicherung zu zahlen sein werden, ergeben sich bei 5 v. H. allgemeinem Beitrag Mehreinnahmen von rund 274 Millionen DM.

II. Besonderer Beitrag und Rückzahlung (§§ 304 und 328)

Der Wert eines Vomhundertteiles des besonderen Beitrags beträgt bei den

a) versicherungspflichtig Beschäftigten und freiwillig weiterversicherten Arbeitern	1 124 Millionen DM
(einschließlich rund 55 Millionen DM Pflichtbeiträge, die während der Zeit der Lohnfortzahlung bei Arbeitern entrichtet werden)	
b) versicherungspflichtigen Rentnern	123 Millionen DM
c) freiwillig Versicherten ohne weiterversicherte Arbeiter	230 Millionen DM
zusammen .... rund	1 475 Millionen DM.

Der besondere Beitrag in Höhe von 2 v. H. würde demnach eine Einnahme von rund 2950 Millionen DM herbeiführen.

An Arzt- und Zahnarztkosten werden den Kassen vorbehaltlich der Vereinbarung einer neuen Ge-

bührenordnung voraussichtlich 3200 Millionen DM entstehen.

Aus den Einnahmen aus individueller Beteiligung sollen für jedes Mitglied 25 v. H. der Arzt- und Zahnarztkosten bestritten werden, das sind rund 800 Millionen DM. Dieser Betrag wird sich voraussichtlich um etwa 50 Millionen DM verringern, da der besondere Beitrag in manchen Fällen vorzeitig ausgeschöpft sein wird und Rentner mit einer Rente unter einem Achtel der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung von der Zahlung des besonderen Beitrags befreit sind. Es ist mit einer Rückerstattung von rund 2200 Millionen DM zu rechnen.

III. Leistungsrecht

1. Vorsorgehilfe

a) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 178)

Nach Altersauszählungen erhalten rund 25 Millionen Personen die Möglichkeit, sich einmal innerhalb dreier Jahre vorsorglich untersuchen zu lassen. Angenommen, daß von dieser Einrichtung drei Viertel der Berechtigten Gebrauch machen, verbleiben rund 19 Millionen Personen oder, da sie sich auf drei Jahre verteilen, 6 Millionen Personen im Jahr. Wenn eine Untersuchung 30 DM kostet, werden sich rund 190 Millionen DM Mehraufwendungen ergeben.

b) Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen (§ 179)

Nach den Unterlagen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung über die Zahl der abgerechneten Krankenscheine kann angenommen werden, daß rund die Hälfte aller Versicherten jährlich den Zahnarzt aufsucht. Für diese Personen würden besondere Vorsorgeuntersuchungen entfallen. Außerdem werden Kinder bis zum Schulentlassungsalter und auch ältere Personen eine derartige Untersuchung nicht nötig haben, so daß 16 Millionen Untersuchungen möglich sind. Es kann damit gerechnet werden, daß auch hier nur drei Viertel von dieser Möglichkeit Gebrauch machen; das sind 12 Millionen Untersuchungen. Bei 2 DM Kosten einer Untersuchung ergibt sich ein Aufwand von rund 25 Millionen DM.

c) Sonstige Leistungen der Vorsorgehilfe (§§ 180 bis 182)

Nach dem Entwurf kann die Satzung noch verschiedene andere Leistungen als die unter a) und b) erwähnten gewähren. Die finanziellen Auswirkungen dieser Vorschriften lassen sich nicht veranschlagen.

2. Krankenhilfe

a) Krankenpflege (§§ 184 bis 191)

Statt der bisher geforderten Verordnungsblattgebühr soll bei der Abnahme von Arznei- und Verbandmitteln sowie Heilmitteln und Brillen der Versicherte in Zukunft eine Eigenleistung erbringen.

Die Summe der Eigenleistungen für Arznei- und Verbandmittel, Brillen und Heilmitteln hängt ab von der Schichtung der Verordnungen nach den Rechnungsbeträgen und der Zahl der Verordnungen.

Nach Erhebungen der Krankenkassen entfallen schätzungsweise von den Rechnungen der Apotheken rund

2,2 v. H. der Verordnungen auf Beträge bis zu 1,— DM,
82,9 v. H. der Verordnungen auf Beträge zwischen 1,— und 10,— DM,
14,8 v. H. der Verordnungen auf Beträge zwischen 10,— und 30,— DM,
0,1 v. H. der Verordnungen auf Beträge über 30,— DM.

Der Durchschnittsbetrag der Eigenleistung wird bei Verordnungen

bis zu 1,— DM bei rund 71 Pf (voller Rechnungsbetrag),
zwischen 1,— und 10,— DM bei 100 Pf,
zwischen 10,— und 30,— DM bei rund 167 Pf und
über 30,— DM bei 300 Pf

liegen.

Die Zahl der Verordnungen für Arznei- und Verbandmittel kann nach Erhebungen der Krankenkassen auf rund 200 Millionen veranschlagt werden. Mit den durchschnittlichen Eigenleistungsbeträgen bewertet, ergibt sich eine Summe von 219 Millionen DM. Die Eigenleistung bei Heilmitteln und Brillen mit 25 v. H. der Kosten wird bei voraussichtlich rund 230 Millionen DM Ausgaben für Heilmittel und Brillen rund 58 Millionen DM betragen. Die Summe von 277 Millionen DM muß um die bisher geforderten Gebühren, rund 40 Pf je Verordnung, verringert werden, das sind bei insgesamt rund 240 Millionen Verordnungen rund 96 Millionen DM, so daß sich ein Gesamtbetrag von rund 181 Millionen DM ergibt, der wegen der Härteklausel auf rund 160 Millionen DM herabzusetzen ist.

Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln werden sich Mehrausgaben und Minderausgaben voraussichtlich ausgleichen, so daß sich hinsichtlich der Hilfsmittel finanzielle Auswirkungen des Gesetzentwurfs nicht veranschlagen lassen.

Bei den Leistungen der Kassen für Zahnersatz kann damit gerechnet werden, daß eine Erhöhung eintritt, durch welche die Zuschüsse, die bisher rund die Hälfte der Kosten des Zahnersatzes deckten, auf rund drei Viertel verbessert werden. Daraus errechnet sich eine Mehrausgabe von rund 160 Millionen DM.

b) Krankenhauspflege (§§ 192 bis 196)

Die im Entwurf vorgesehene Eigenleistung der Versicherten bei Krankenhauspflege wird eine Entlastung der Kassen zur Folge haben. Voraussichtlich wird es bei Mitgliedern rund 65 Millionen Krankenhaustage geben. Davon fallen rund 3 Millionen in die Zeit, für die Krankengeld bezogen wird, so daß rund 62 Millionen Tage verbleiben, für die 3 DM je Tag, also insgesamt rund 186 Millionen DM zu zahlen sind. Der Betrag wird sich wegen der Härteklausel auf rund 170 Millionen DM verringern.

c) Krankengeld (§§ 197 bis 204)

Die Übernahme der Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber wird den Kassen den größten Teil der Ausgaben für Krankengeld ersparen. Es verbleibt ihnen die Zahlung des Krankengeldes für Zeiten nach Ablauf der sechsten Krankheitswoche und für Zeiten davor, wenn das Arbeitsverhältnis des Kranken aus anderen als Gründen der Krankheit beendet wird.

Von den Ausgaben für Krankengeld, die mit rund 3400 Millionen DM angenommen werden können, entfallen nach einer Sondererhebung rund 12 v. H., das sind rund 408 Millionen DM, auf die Zeit nach Ablauf der sechsten Woche.

Die sonstigen Fälle (vorher gekündigte und zeitlich befristete Arbeitsverhältnisse) dürften nicht sehr häufig vorkommen; es wird sicherheitshalber mit rund 10 Millionen DM gerechnet, die den Kassen als Ausgaben verbleiben.

Das bisherige Hausgeld bei Krankenhausaufenthalt, das für 1962 mit rund 130 Millionen DM angesetzt werden kann, würde künftig ebenfalls nur noch für Zeiten gezahlt werden, in denen kein Arbeitsentgelt gezahlt wird. Das sind rund 12 v. H., also rund 16 Millionen DM. Diese 16 Millionen DM würden wegen der vorgesehenen Erhöhung des Krankengeldes bei Krankenhausbehandlung von durchschnittlich 60 v. H. des Grundlohnes auf rund 65 v. H. des Regellohnes auf ungefähr 17 Millionen DM steigen, so daß sich für die Krankenkassen eine Ersparnis von rund 113 Millionen DM ergäbe.

Die gesamte Einsparung aus der Neuregelung der Krankengeldgewährung erreichte demnach eine Höhe von

	Millionen	DM
Krankengeld nach altem Recht	3 400	
Hausgeld	130	3 530
verbleibendes Krankengeld nach der sechsten Woche	408	
verbleibendes Krankengeld für sonstige Fälle	10	
verbleibendes Krankengeld nach § 204 (Hausgeld)	17	435
		3 095

3. Mutterschaftshilfe (§§ 207 bis 215, 217 und 218 Abs. 2)

a) Nach bisherigem Recht würden im Jahre 1962 voraussichtlich rund 57 Millionen DM für Stillgeld und Entbindungskostenbeitrag ausgezahlt werden, davon 40 Millionen DM Stillgeld und 17 Millionen DM als Beitrag zu den Entbindungskosten.

Nach dem Entwurf soll statt dieser Leistungen eine Pauschale von 100 DM gewährt werden. Bei voraussichtlich 878 000 Mutterschaftshilfefällen ergibt sich eine Summe von rund 88 Millionen DM, also rund 31 Millionen DM mehr als nach geltendem Recht.

b) Wöchnerinnenheimpflege kann nach geltendem Recht anstelle des Wochengeldes gewährt werden. Nach dem Entwurf muß auf Antrag für zehn Tage Anstaltspflege gegen Einbehaltung des halben Pauschalbetrages gewährt werden.

Voraussichtlich wird es bei den Mitgliedern 391 000 und bei den Familienangehörigen 487 000 Mutterschaftshilfefälle geben. Der Anteil der Anstaltsentbindungen wird infolge der Neuregelung voraussichtlich stark steigen. Nimmt man an, daß er von bisher rund 40 auf 60 v. H. steigt, so ergibt sich daraus eine Mehrbelastung von rund 16 Millionen DM.

c) Bei weiblichen Versicherungspflichtigen wird 1962 mit 316 000 Mutterschaftshilfefällen gerechnet, für die, bei einer durchschnittlichen Leistungsdauer von 98 Tagen und einer mittleren Höhe von 11 DM pro Tag, rund 341 Millionen DM Mutterschaftsgeld geleistet werden müßten. Davon hätten die Kassen nach geltendem Recht bei der bisherigen Leistungsdauer (rund 90 Tage) und dem bisherigen Leistungsumfang (rund 6,60 DM Wochengeld pro Tag) rund 188 Millionen DM zu tragen. Die zusätzliche Belastung ist also rund 153 Millionen DM. Hinzu käme die einmalige Zahlung an Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben; das sind bei rund 562 000 Fällen rund 56 Millionen DM, zusammen also rund 209 Millionen DM.

Dem steht die Entlastung gegenüber, die dadurch entsteht, daß der Bund das gesamte Mutterschaftsgeld für Versicherungspflichtige, also rund 341 Millionen DM übernimmt. Die Kassen werden also um rund 132 Millionen DM entlastet.

d) Für 1962 sind nach geltendem Recht 124 Millionen DM Erstattungen des Bundes für Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz veranschlagt, so daß sich die zusätzliche Belastung des Bundes auf rund 217 Millionen DM belaufen würde.

e) Insgesamt ergibt die Neuregelung der Mutterschaftshilfe aus Mehrbelastung

bei Stillgeld und Entbindungskostenzuschüssen	31 Millionen DM
bei Anstaltspflege	16 Millionen DM
bei Mutterschaftsgeld	209 Millionen DM
und Minderbelastung durch Erstattungen des Bundes	341 Millionen DM
eine Entlastung der Krankenkassen um rund	85 Millionen DM.

4. Sterbegeld (§§ 219 und 220)

Der Durchschnittsbetrag des Sterbegeldes für Mitglieder ohne Rentner und Familienangehörige der Mitglieder würde sich nach bisherigem Recht auf rund 428 DM je Sterbefall stellen. Nach der Neuregelung muß mit einer Erhöhung des Sterbegeldes auf schätzungsweise 560 DM gerechnet werden. Daraus ergibt sich eine Mehrausgabe von 132 DM je Fall und bei 170 500 Sterbegeldfällen, die bei Mitgliedern ohne Renter zu erwarten sind, eine Mehr-

belastung von insgesamt rund 23 Millionen DM. Diese Summe vermindert sich jedoch, weil für Kinder unter zwölf Jahren nur die Hälfte des Sterbegeldes zu gewähren ist. Rund 25 v. H. aller Sterbegeldfälle sind solche von Kindern, das sind rund 43 000 Fälle. Angenommen, daß zwei Drittel davon auf Kinder unter zwölf Jahren entfallen, ergibt sich eine Ausgabenminderung von rund 8 Millionen DM, so daß mit einem Mehraufwand von rund 15 Millionen DM gerechnet werden muß.

Bei Todesfällen von Rentnern und ihren Familienangehörigen würde sich nach der bisherigen Regelung das Sterbegeld auf rund 370 DM je Fall stellen. Nach der Neuregelung kann mit einer Erhöhung auf rund 385 DM gerechnet werden, die sich wegen der Festsetzung eines Mindeststerbegeldes auf rund 420 DM erhöhen. Die Mehrausgaben von 50 DM je Fall würden sich bei voraussichtlich 320 000 Sterbegeldfällen zu einem Betrag von rund 16 Millionen DM summieren.

Insgesamt ergibt das einen Mehraufwand von rund 31 Millionen DM, der sich noch erhöhen kann, weil das Sterbegeld durch Satzung auf das Eineinhalbfache erhöht werden kann. Deshalb wird mit Mehrausgaben von rund 50 Millionen DM gerechnet.

IV. Verwaltungskosten

Wie Untersuchungen bei Versicherungsträgern ergeben haben, werden einerseits bei der Krankengeld- und Stillgeldberechnung und anderen Verwaltungsvereinfachungen Verwaltungskosten eingespart, andererseits ist für die Erstattung der besonderen Beiträge ein Mehraufwand zu erwarten. Insgesamt wird mit einem Ausgleich gerechnet.

V. Finanzielle Auswirkungen

1. Ausgaben

Die Gesamtausgaben der Kassen nach dem geltenden Recht können für 1962 mit rund 12 Milliarden DM angenommen werden. Dieser Betrag wird durch die Vorschriften des Gesetzentwurfs in den folgenden Positionen geändert:

	Millionen DM	
A. Belastung (Mehraufwendungen gegenüber dem geltenden Recht)		
1. Vorsorgehilfe		
a) ärztliche	190	
b) zahnärztliche	25	
2. Zahnersatz	160	
3. Sterbegeld	50	425
B. Entlastung (Minderaufwendungen gegenüber dem geltenden Recht)		
1. Krankenhilfe		
a) Arznei-, Verband- und Heilmittel	160	
b) Krankenhauspflege	170	
c) Krankengeld	3 095	
2. Mutterschaftshilfe	85	3 510
C. Saldo: Entlastung		3 085

Demnach würden sich die Gesamtausgaben auf rund 8,9 Milliarden DM gegenüber dem Ansatz, der für das geltende Recht vorgenommen wurde, verringern.

2. Einnahmen

Zur Deckung der Gesamtausgaben stünden zur Verfügung

	Millionen DM	
A. Einnahmen, die von der Höhe des allgemeinen Beitragssatzes nicht abhängig sind		
1. aus besonderen Beiträgen	750	
2. sonstige Einnahmen (Erstattungen, Vermögenserträgnisse u. a. ohne Zuschüsse der Gemeindeverbände, Arbeitgeber usw.)	250	1 000
B. Einnahmen, die von der Höhe des allgemeinen Beitragssatzes abhängig sind:		
Der Wert eines Vomhundertteiles des allgemeinen Beitrages beträgt bei		
1. versicherungspflichtigen Beschäftigten und freiwillig weiterversicherten Arbeitern	1 070	
2. freiwillig Versicherten ohne weiterversicherte Arbeiter	230	
3. versicherungspflichtigen Rentnern	245	
4. versicherungspflichtigen Arbeitslosen	7	
5. versicherungspflichtigen Wehrpflichtigen ..	3	
6. für Pflichtbeiträge, die während der Zeit der Lohnfortzahlung bei Arbeitern entrichtet werden	55	
zusammen	1 610	
Bei einer durchschnittlichen Höhe des allgemeinen Beitrags von 4,9 v. H. ergeben sich		7 890
zusammen		8 890

Demnach würden sich die gesamten Einnahmen ebenfalls auf rund 8,9 Milliarden DM stellen.

VI. Belastung des Bundes

Dem Bund entstünden durch den Gesetzentwurf nach den Ausgangswerten für 1962 zusätzliche Ausgaben durch die Neuregelung der Mutterschaftshilfe in Höhe von rund 217 Millionen DM.

Durch die Neuregelung der knappschaftlichen Krankenversicherung entstehen dem Bund im Ergebnis keine Mehraufwendungen, da die Erhöhung des Bundeszuschusses durch die Entlastung der knappschaftlichen Rentenversicherung ausgeglichen wird.

Länder und Gemeinden werden nicht belastet.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Zu Artikel 1

1. **§ 165**

Die Worte „zur Abwendung und Früherkennung von Krankheit, bei Krankheit und Tod sowie im Falle der Mutterschaft Leistungen" sind durch die Worte „Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit, bei Krankheit und Tod sowie im Falle der Mutterschaft" zu ersetzen.

Begründung

Die Bundesregierung will das Leistungsrecht der Krankenversicherung „an die Erfordernisse moderner Gesundheitspflege" anpassen und begründet damit alle Leistungsverbesserungen, „welche dazu dienen können, Krankheiten früher zu erkennen oder abzuwenden" (Begründung zum Gesetzentwurf S. 71). Die Leistungen der Vorsorgehilfe werden auch, systematisch berechtigt, als erste der Leistungen der Krankenversicherung aufgeführt (§ 176). Das trägt dem Stande sozialhygienischer Erkenntnis, da anstelle von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit Gesundheit und Leistungsfähigkeit zur zentralen Frage der sozialen Sicherstellung geworden sind, im Ansatz Rechnung.

Wenn jetzt mit § 165 zum erstenmal die Aufgaben der Krankenversicherung in der RVO umrissen werden, muß dieser Wandel der Zielsetzung deutlich erkennbar werden. Die Formulierung „Abwendung von Krankheit" ist in keinem Falle verwendbar; denn sie ist dem Sprachgebrauch der seuchenpolizeilichen Gefarenabwehr entnommen.

(Vergleiche auch BR-Beschluß vom 27. November 1959 in BT-Drucksache 1540 der 3. Wahlperiode, Anlage 2, lfd. Nr. 1.)

2. **§ 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5**

Das vorletzte Wort „pflichtversichert" ist jeweils durch das Wort „versichert" zu ersetzen.

Begründung

Die Krankenversicherung der Rentner stellt eine Zusatzleistung zur Rente dar, die bisher den Rentenberechtigten ohne Berücksichtigung der Höhe des zuletzt vor Stellung des Rentenantrages bezogenen Arbeitsverdienstes gleichmäßig gewährt wurde. Wenn — wie es der Entwurf vorsieht — die Pflichtversicherung des Rentenbeziehers in der Krankenversicherung davon abhängig gemacht werden sollte, daß der Rentenberechtigte spätestens bis zum vierten Jahre vor Stellung des Rentenantrages in der Krankenversicherung pflichtversichert gewesen ist, dann würde die Zusatzleistung der Rentnerpflichtversicherung allen jenen Personen verschlossen bleiben, die während der letzten fünf Jahre vor Stellung des Rentenantrages wegen Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze versicherungsfrei waren, deren Renten aber wiederum auf Beträge unterhalb dieser Einkommensgrenze absinken. Eine derartige unterschiedliche Regelung für die Rentnerkrankenversicherung würde von den von einem Ausschluß Betroffenen nicht verstanden werden.

(Vergleiche BT-Drucksache 1540 der 3. Wahlperiode Anlage 2, lfd. Nr. 2.)

3. **§ 167 Abs. 1 Nr. 4**

Die Worte „oder bei Verwandten ersten Grades" sind zu streichen.

Begründung

Nach § 175 RVO begründet die Beschäftigung eines Ehegatten durch den anderen keine Versicherungspflicht. Auch in der Rentenversicherung sind nur die Ehegatten im Verhältnis zueinander versicherungsfrei (§ 1228 Abs. 1 Nr. 1 RVO, § 4 Abs. 1 Nr. 2 AVG). Nach § 167 Abs. 1 Nr. 4 sollen auch die Personen versicherungsfrei sein, die bei einem Verwandten ersten Grades beschäftigt sind. Gegen die vorgeschlagene Streichung der Worte „oder bei Verwandten ersten Grades" spricht nicht der Umstand, daß nach § 65 AVAVG der Kreis der Personen, die als Verwandte oder Verschwägerte des Arbeitgebers von der Verpflichtung zur Arbeitslosenversicherung freigestellt sind, sehr weit gezogen ist. Es ist klar, daß in diesem Bereich ganz andere Verhältnisse vorliegen als in dem der Rentenversicherung oder Krankenversicherung. Eine unterschiedliche Regelung in den letzteren beiden Bereichen ist unbegründet.

(Vergleiche BT-Drucksache 1540 der 3. Wahlperiode, Anlage 2, lfd. Nr. 5.)

4. **§ 172 Abs. 1 Nr. 2**

ist wie folgt zu fassen:

„2. Personen, die sich in der Ausbildung für den Beruf des Sozialarbeiters oder einen Fachberuf des Gesundheitswesens befinden, der eine staatlich geregelte Ausbildung hat, einschließlich der Ausbildung an entsprechenden Vorschulen,".

Begründung

Mit der Fassung des Entwurfs werden Sozialarbeiter und Gesundheitsaufseher nicht erfaßt. Diese Berufsgruppen sind auch nicht versicherungspflichtig nach § 166 Abs. 1 Nr. 1, da sie überwiegend theoretisch schulmäßig ausgebil-

det werden. Auch § 172 Abs. 1 Nr. 3 des Entwurfs ist aus dem gleichen Grunde nicht anwendbar.

Nachdem der Entwurf die Krankenversicherungsberechtigung auf Heilhilfsberufe erstreckt hat, also z. B. auf Krankengymnasten, Masseure, Masseure und medizinische Bademeister, medizinisch-technische Assistentinnen, Diätassistentinnen, gebietet es die soziale Lage insbesondere der Sozialarbeiter, ihnen ebenfalls die Versicherungsberechtigung einzuräumen, zumal dieser Personenkreis in der Regel nach Abschluß der Ausbildung versicherungspflichtig wird.

5. **§ 172 Abs. 1 Nr. 5**

ist wie folgt zu fassen:

„5. Empfänger von Versichertenrenten oder Hinterbliebenenrenten aus der Rentenversicherung der Arbeiter oder der Rentenversicherung der Angestellten, die nicht zu den in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Personen gehören."

Begründung

Die Stellungnahme der Bundesregierung in der BT-Drucksache 1540 der 3. Wahlperiode zu dem seinerzeit vom Bundesrat gleichlautend gemachten Änderungsvorschlag überzeugt nicht. Allein die Tatsache, daß es sich bei dem in Betracht kommenden Personenkreis um Rentenbezieher der sozialen Rentenversicherung handelt, beweist, daß bei diesem Personenkreis nach Eintritt des Versicherungsfalles in der Rentenversicherung durchaus ein soziales Schutzbedürfnis in der Krankenversicherung eintreten kann, auch wenn es vorher nicht bestanden hat.

(Vergleiche BT-Drucksache 1540 der 3. Wahlperiode, Anlage 2, lfd. Nr. 13.)

6. **§ 172 Abs. 1 Nr. 6**

ist am Schluß durch folgenden Halbsatz zu ergänzen:

„; dies gilt nicht für Lehrbetriebe."

Begründung

Durch die gegenwärtige Fassung werden Inhaber von Lehrbetrieben, die ihren Betrieb in der Regel besonders fortschrittlich führen, benachteiligt, wenn sie neben einem oder zwei Arbeitnehmern Lehrlinge beschäftigen. Das könnte dazu führen, daß sie künftig Lehrlinge nicht mehr ausbilden, weil sie nicht mehr zum versicherungsberechtigten Personenkreis des § 172 Abs. 1 Nr. 6 rechnen würden.

7. **§ 175 Nr. 1 und 2**

Das Wort „pflichtversichert" ist jeweils durch das Wort „versichert" zu ersetzen.

Begründung

Folge des Änderungsvorschlags zu § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 (lfd. Nr. 2).

8. **§ 193 Abs. 3 Satz 2**

ist wie folgt zu fassen:

„Sie kann ferner bestimmen, daß auch Kosten für Hauspflegepersonen, die nicht einer der in Absatz 1 bezeichneten Organisationen angehören, erstattet werden."

Begründung

Es sollte auch die Möglichkeit zur Erstattung für den Fall zugelassen werden, daß die im Entwurf genannten Pflegepersonen nicht zu gewinnen sind und deswegen andere Personen zu der Pflege herangezogen werden.

(Vergleiche BT-Drucksache 1540 der 3. Wahlperiode, Anlage 2, lfd. Nr. 31.)

9. **§ 217 Abs. 3 letzter Satz**

ist der vorgeschlagenen Neufassung des § 193 Abs. 3 Satz 2 anzupassen (s. lfd. Nr. 8).

10. **§ 235 Abs. 3, § 236 Abs. 2, §§ 237, 238 Abs. 2, § 239 Abs. 2, § 240 Abs. 1, § 241 Abs. 2, § 257 Abs. 1, § 366 Abs. 4, § 368 Abs. 2, § 370 Abs. 3, § 397 Abs. 1, § 426 Abs. 1; Artikel 2 § 7 Nr. 1 (§ 9 Abs. 2 Satz 1 Mutterschutzgesetz); Artikel 3 § 13 Abs. 1, § 21 Abs. 1, § 27**

Die in den genannten Vorschriften angesprochenen Landesbehörden sollen jeweils durch die Zuständigkeitsbezeichnung „die (der) von der Landesregierung (von den Landesregierungen) bestimmte(n) Behörde(n)" ersetzt werden.

Begründung

Es bestehen verfassungspolitische Bedenken dagegen, in Bundesgesetzen die Zuständigkeit bestimmter Landesbehörden festzulegen. Nach der vom Bundesrat ständig vertretenen Auffassung sollte die Bestimmung der Behördenzuständigkeit den Ländern überlassen bleiben.

11. **§§ 236, 239, 257**

a) § 236 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Ortskrankenkassen werden nach Anhörung des Landesverbandes durch die von der Landesregierung bestimmte Behörde errichtet."

b) § 239 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Landkrankenkassen werden nach Anhörung des Landesverbandes durch die von der Landesregierung bestimmte Behörde errichtet."

c) § 257 erhält folgende Fassung:

„§ 257

Die errichtende Behörde erläßt nach Anhörung des Landesverbandes eine vorläufige Satzung. Sie beruft die Mitglieder der vorläufigen Organe und bestimmt den Zeitpunkt, an dem die Ortskrankenkasse oder die Landkrankenkasse ihre Tätigkeit auf-

nimmt. Bis zur Wahl der Organe nimmt die Aufsichtsbehörde selbst oder durch Beauftragte auf Kosten der Kasse die Aufgaben der Organe wahr."

Begründung zu a) bis c)

Siehe Begründung unter lfd. Nr. 10.

Die Änderung des § 257 ist eine Folge der Änderungsvorschläge zu §§ 236 und 239.

12. **§ 238 Abs. 3**

ist zu streichen.

Begründung

Es sollte den obersten Landesbehörden überlassen bleiben zu prüfen, unter welchen Voraussetzungen die Errichtung von Landkrankenkassen angezeigt erscheint, da die Bedürfnisse hierfür in den einzelnen Ländern unterschiedlich sein können.

13. **§ 241 Abs. 1 Satz 1, § 244 Abs. 2 Satz 2, § 247 Abs. 1, § 249 Satz 2**

Die Zahl „450" ist jeweils durch die Zahl „750" zu ersetzen.

Begründung

Die umfangreichen Aufgaben der Krankenversicherung können nur durch eine größere Versichertengemeinschaft getragen werden.

(Vergleiche BT-Drucksache 1540 der 3. Wahlperiode, Anlage 2, lfd. Nr. 51, 53, 56 b.)

14. **§ 259 Abs. 2**

Die Worte „Gesellenausschüsse aller beteiligten Innungen" sind durch die Worte „die Mehrheit der abstimmenden volljährigen Arbeitnehmer aller beteiligten Innungen, die der Kasse nach Errichtung angehören müssen," zu ersetzen.

Begründung

Im Hinblick darauf, daß die Innungen in zunehmendem Maße neben Gesellen auch andere Arten von Arbeitnehmern beschäftigen, erscheint es notwendig, die volljährigen Arbeitnehmer an der Willensbildung über die Errichtung einer Innungskrankenkasse zu beteiligen.

(Vergleiche BT-Drucksache 1540 der 3. Wahlperiode, Anlage 2, lfd. Nr. 59.)

15. **§ 274 Abs. 1**

Folgende neue **Nr. 3** ist einzufügen:

„3. Seemannsschüler in der Vorausbildung."

Begründung

Die Schüler der Schleswig-Holsteinischen Seemannsschule sind bei der Seekrankenkasse versichert. Der dreimonatige Schulbesuch ist nach der Eignungsverordnung vom 28. Mai 1956 in der Fassung vom 12. Juli 1960 (BGBl. II S. 1865) auf die Seefahrtzeit anzurechnen (§ 4) und Vorbedingung bei der Anmusterung.

Um die Seemannsschüler für die Zeit ihrer Vorausbildung an Land vor ihrer ersten Anmusterung an Bord bei der Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung mit zu erfassen, wird die Ergänzung des § 274 für erforderlich gehalten.

16. **§ 277 Abs. 5**

In Satz 1 sind in Zeile 2 nach dem Wort „errichtet" die Worte „oder wird eine Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse auf weitere Betriebe oder Innungen erstreckt", in Zeile 5 nach dem Wort „errichtet" die Worte „oder auf die sie erstreckt" einzufügen.

Begründung

Es sollen bei Erstreckung auf weitere Betriebe und Innungen auch deren Rentner mit übernommen werden.

17. **§ 310 Abs. 3**

ist wie folgt zu fassen:

„(3) Decken bei einer Kasse nach den Ergebnissen des letzten Geschäftsjahres die Einnahmen aus den Beiträgen fünfundachtzig vom Hundert der Ausgaben für die in § 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5 genannten Versicherten nicht, so kann der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung auf Antrag der Kasse die Kürzung nach Absatz 1 für das laufende Geschäftsjahr entsprechend herabsetzen. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann diese Befugnis durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates auf das Bundesversicherungsamt übertragen. Die Anordnung kann auf Antrag wiederholt werden, wenn ohne die Herabsetzung der Kürzung die in Satz 1 genannte Folge eintreten würde."

Begründung

Die Delegation kann im Hinblick auf Artikel 87 Abs. 3 Satz 1 GG nur durch Rechtsverordnung erfolgen. Die Stelle, auf welche die Aufgabe übertragen werden kann, muß bereits im Gesetz konkret bezeichnet werden.

18. **§ 363 Abs. 1 und 2, § 364 Abs. 1**

In § 363 Abs. 1 Satz 1 sind die Worte „im Auftrag" durch das Wort „namens" zu ersetzen.

In § 363 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 sowie in § 364 Abs. 1 ist jeweils das Wort „beauftragte(n)" zu streichen.

Begründung

Klarstellung, daß eine Unterstellung der Ortskrankenkasse unter die See-Krankenkasse, die verfassungsrechtlich unzulässig wäre, nicht erfolgen soll.

19. **§ 364 Abs. 2**
ist wie folgt zu fassen:

„(2) Das Nähere über die Durchführung der Aushilfe vereinbart die See-Krankenkasse mit den Landesverbänden der Ortskrankenkassen. Diese Vereinbarungen sind für die Ortskrankenkassen bindend."

Begründung

Die Bindung der Ortskrankenkassen an eine Vereinbarung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen stellt eine verfassungsrechtlich unzulässige Unterstellung landesunmittelbarer Körperschaften des öffentlichen Rechts unter eine bundesunmittelbare Körperschaft dar. Eine Bindung der Ortskrankenkassen kann nur erreicht werden, wenn die See-Krankenkasse ihre Vereinbarungen mit den Landesverbänden trifft.

20. **§ 376 Nr. 5**
ist zu streichen.

Begründung

Für Maßnahmen der Bundesverbände zur Förderung und Fortbildung der Kassenbediensteten besteht keine Notwendigkeit.

21. **§ 391 Abs. 2 Satz 1**
Nach dem Wort „Kassenarzt" sind die Worte „nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kasse" einzufügen.

Begründung

Notwendige Ergänzung.

22. **In § 392 Abs. 2**
sind die Sätze 3 bis 5 zu streichen.

Begründung

Bei der geplanten Einzelhonorierung ist ein innerer Zusammenhang zwischen dem der Beitragsbemessung zugrunde liegenden durchschnittlichen monatlichen Entgelt und den Honorarsätzen nicht gegeben. Der durchschnittliche Grundlohn im Bundesgebiet beträgt einschließlich der Ersatzkassen rd. 5300 DM. Lediglich bei 94 Kassen wird der Durchschnittsgrundlohn überschritten, so daß die Zuschläge an sich entfallen sollten.

Außerdem würde die vorgeschlagene Regelung wiederum ungleiche Honorare für die ärztlichen Leistungen, getrennt nach den Kassen, ergeben. Diese Auswirkung wäre sehr bedenklich.

23. **§§ 394, 396**
Durch die Vorschriften in § 394 Abs. 2 und 3 und § 396 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 3 werden landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts in verfassungsrechtlich unzulässiger Weise Bundeseinrichtungen unterstellt. Der Bundesrat hat in seiner 142. Sitzung vom 10. Juni 1955 bei der Beratung des Gesetzes über Kassenarztrecht gegen derartige Regelungen Einwendungen erhoben (vgl. BR-Drucksache Nr. 164/55 — Beschluß Nr. 3, 4, 5 und 7).

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens dafür zu sorgen, daß diesen verfassungsrechtlichen Bedenken Rechnung getragen wird.

24. **§ 404 Abs. 3**
ist eingangs wie folgt zu fassen:

„(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verbände der Krankenkassen können in ihre Satzungen Bestimmungen aufnehmen, nach denen . . ."

Begründung

Die in § 404 Abs. 3 enthaltene Regelung bedeutet eine verfassungsrechtlich unzulässige Unterstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Verbände der Krankenkassen unter die Bundesausschüsse.

25. **§ 405 Abs. 4**
Nach dem Wort „Kassenzahnärzte" sind die Worte „sowie die Geschäftsführer der Landesverbände der Krankenkassen" einzufügen.

Begründung

Entsprechend den Grundsätzen des Selbstverwaltungsgesetzes sollten neben den gewählten Organmitgliedern die Geschäftsführer der Landesverbände der Krankenkassen mit beratender Stimme dem Ausschuß angehören.

26. **§ 408 Abs. 2 Satz 2**
Nach dem Wort „Arbeitgeber" sind die Worte „und der zuständigen Krankenkasse" einzufügen.

Begründung

Nach dem Lohnfortzahlungsgesetz ist die Arbeitsunfähigkeit der vertrauensärztlichen Dienststelle und dem Arbeitgeber zu melden. Das Ergebnis der Begutachtung ist auch für die jeweils zuständige Krankenkasse von erheblicher rechtlicher Bedeutung, da sie gesetzlich verpflichtet ist, etwaige Ansprüche nach § 1542 RVO geltend zu machen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn die Krankenkasse von dem Ergebnis der Begutachtung rechtzeitig Kenntnis erhält.

27. **§ 408 Abs. 2 Satz 4**
Das Wort „Sozialrechtsweg" ist durch die Worte „Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit" zu ersetzen.

Begründung

Der Ausdruck „Sozialrechtsweg" ist mißverständlich und nicht erforderlich. Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit sind nicht für alle Streitigkeiten aus dem Sozialrecht zuständig, z. B. nicht für Streitigkeiten aus dem Gebiet des Sozialhilfegesetzes.

28. **§ 411**

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, ob im Hinblick auf den Auftrag an den vertrauensärztlichen Dienst die Gegenseitigkeit bei den übrigen angesprochenen Stellen gesetzlich gewährleistet ist.

29. **§ 416 Abs. 2**

ist wie folgt zu fassen:

„(2) Die Kasse kann das Angebot ablehnen, wenn die von der Landesregierung bestimmte Behörde auf Antrag der Kasse feststellt, daß das Krankenhaus nicht die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet."

Begründung

Die Frage, ob ein Krankenhaus die Gewähr für ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung bietet, entzieht sich ihrer Natur nach der Regelung durch eine Schiedsstelle.

30. **§ 417 Abs. 3**

Der Bundesrat hält es für erforderlich, daß gleichzeitig mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes eine gesetzliche Vorschrift in Kraft tritt, durch welche die Finanzverantwortung für die Krankenhaus-Vorhaltekosten geregelt wird. Ferner ist sicherzustellen, daß die Pflegesätze der allgemeinen 3. Klasse für alle Patienten nach einheitlichen Grundsätzen festgelegt werden.

31. **§ 420 Satz 3, § 424 Abs. 2, § 425 Abs. 2; Artikel 2 § 3 Nr. 15** (§ 189 Abs. 2 RKG)

Anstelle der Worte „die für die Sozialversicherung zuständige(n) oberste(n) Verwaltungsbehörde(n) des Landes (der Länder) oder die von ihr beauftragte Stelle (nach Landesrecht bestimmten Behörden)" sind die Worte „die Landesregierung oder die von ihr beauftragte Stelle (bestimmten Behörden)" zu setzen.

Begründung

Siehe Begründung unter lfd. Nr. 10.

32. **§ 420**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens für eine bessere Konkretisierung der Ermächtigung in Satz 2 Sorge zu tragen. Es sind die Grundsätze anzugeben, die für die Höhe des Abschlages maßgebend sein sollen.

33. In der **Überschrift zu IV.** und in **§ 423 Abs. 1 und 2**

ist jeweils das Wort „Heilberufe" durch das Wort „Heilhilfsberufe" zu ersetzen.

Begründung

Sachliche Richtigstellung.

34. **Zehnter Abschnitt — Aufsicht — §§ 424 ff.**

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens sollte klargestellt werden, daß in § 182 der Begriff „Genehmigung" auch die Prüfung der Zweckmäßigkeit umfaßt. Entsprechendes gilt für §§ 291, 306 Satz 2, § 366 Abs. 4, § 368 Abs. 2, § 370 Abs. 3 und § 401 Abs. 3. §§ 317 und 398 Abs. 6 wären entsprechend zu ergänzen.

35. **§ 425 Abs. 3**

ist wie folgt zu fassen:

„(3) Die Aufsicht . . . führt die von der Regierung des Landes bestimmte Behörde, in der diese Verbände oder Vereinigungen oder Einrichtungen ihren Sitz haben; . . ."

Begründung

Siehe Begründung unter lfd. Nr. 10.

36. **§ 426 Abs. 2**

Die Worte „im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen" sind zu streichen.

Begründung

Eine Zuständigkeit des Bundesministers der Finanzen für die Durchführung der aufsichtsrechtlichen Prüfungen der Sozialversicherungsträger ist nicht gegeben.

37. **§§ 429, 430, 434; Artikel 2 § 3 Nr. 19** (§§ 324, 234 a RKG)

a) Der Bundesrat ist der Auffassung, daß die in der RVO enthaltenen Ordnungsstrafen alter Art aus strafrechtspolitischen Gründen möglichst bald durch Bußgeldvorschriften ersetzt werden sollen. Die Beibehaltung der Ordnungsstraftatbestände widerspricht den gemeinsamen Bestrebungen von Bundestag, Bundesrat und Bundesregierung, als Sanktionen in Zukunft nur noch echte Kriminalstrafen oder Bußgeldvorschriften vorzusehen.

b) § 429

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens dafür Sorge zu tragen, daß die Bestimmungen über die Krankenordnung in Artikel 1 § 295 konkretisiert werden. Ohne diese Kon-

kretisierung würde Artikel 1 § 429 dem Erfordernis der gesetzlichen Bestimmtheit der Androhung einer Ordnungsstrafe nicht genügen.

38. **§ 435 Satz 1**

Die Worte „, § 325 Abs. 4 Satz 2" sind zu streichen.

Begründung

Notwendige Berichtigung.

Zu Artikel 2

39. **§ 3 Nr. 11** (§ 124 Abs. 3 RKG)

§ 124 Abs. 3 RKG ist wie folgt zu fassen:

„(3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Berechnungsart des Rücklage- und Auffüllungssolls ändern und dessen Höhe senken, wenn es die finanzielle Lage der knappschaftlichen Krankenversicherung erfordert."

Begründung

Bessere Konkretisierung der Ermächtigung.

40. **§ 3 Nr. 15** (§ 189 Abs. 1 RKG)

§ 189 Abs. 1 RKG ist wie folgt zu fassen:

„(1) Das Bundesversicherungsamt führt die Aufsicht über

die bundesunmittelbaren Träger der Knappschaftsversicherung,

die knappschaftsärztliche Vereinigung,

den Vertragsausschuß."

Begründung

Auch der Vertragsausschuß nach § 207 RKG sollte einer Aufsicht unterstellt werden.

41. **§ 4 Nr. 1**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens dafür Sorge zu tragen, daß § 6 des Knappschaftsversicherungs-Anpassungsgesetzes der neuen Rechtslage angeglichen wird. In § 6 wird die Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft unter Bezugnahme auf § 4 genannt. Sollte § 4, wie vorgesehen, gestrichen werden, muß die Aufgabe der Arbeitsgemeinschaft in § 6 selbst umschrieben werden. Außerdem sollten die Rechtsnatur der Arbeitsgemeinschaft klargestellt und die Aufsichtsbefugnis des BMA ausdrücklich genannt werden.

Zu Artikel 3

42. **§ 6**

ist durch Anfügung folgender Worte zu ergänzen:

„oder nach § 1 die Versicherung freiwillig fortsetzen".

Begründung

Durch die jetzige Fassung wird nicht der Kreis der bisher kraft Gesetzes versicherungspflichtigen Arbeiter berücksichtigt.

43. **§ 25**

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist zu prüfen, ob die Zulassung des genannten Personenkreises verantwortet werden kann.

44. **§ 33**

ist wie folgt zu fassen:

„§ 33

Die Länder können das Nähere über den Übergang von Personal sowie von Rechten und Pflichten der bisherigen Träger der Gemeinschaftsaufgaben auf die nunmehr zuständigen Stellen regeln."

Begründung

Es müssen ggf. Bestimmungen wegen des Übergangs des gesamten Personals der Gemeinschaftsaufgaben getroffen werden. — Auch über das Vermögen können entsprechende Bestimmungen erforderlich werden.

Zu Artikel 6

45. **§ 1**

Im Hinblick auf die umfassende Umstellung der Verwaltung wird im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen sein, ob das Inkrafttreten des Gesetzes nicht in einem wesentlich längeren Zeitabstand nach der Verkündung erfolgen sollte.

Anlage 3

Stellungnahme der Bundesregierung zu den Änderungsvorschlägen des Bundesrates

Zu 1. (§ 165)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Der Vorschlag des Bundesrates läuft darauf hinaus, die gesetzliche Krankenversicherung in eine „Gesundheitsversicherung" umzudeuten. Der Regierungsentwurf sieht nur Leistungen vor, die der Abwendung, der Früherkennung und der Behandlung von Krankheiten dienen. Darüber hinausgehende Leistungen hat auch der Bundesrat nicht vorgeschlagen. Sein Vorschlag würde daher der gesetzlichen Krankenversicherung eine Aufgabe stellen, die durch den sonstigen Inhalt des Gesetzentwurfs nicht gedeckt wird. Der Vorschlag des Bundesrates erscheint darüber hinaus bedenklich, weil der Begriff „Gesundheit" versicherungsrechtlich kaum bestimmbar ist. Außerdem erforderte die Gesunderhaltung auch Maßnahmen, die, wenn sie Erfolg haben sollen, die Freiheit des einzelnen erheblich einschränken müßten; denn Erhaltung der Gesundheit wird weitgehend von der Lebensführung des einzelnen beeinflußt. Diese zu reglementieren kann nicht Aufgabe der Versicherung sein.

Zu 2. (§ 166 Abs. 1 Nr. 4 und 5)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Der Regierungsentwurf geht von dem Gedanken aus, daß der Krankenversicherungsschutz des Rentners in der Form erhalten bleiben soll, wie er vor der Rentenantragstellung, in der Regel also während des Arbeitslebens, bestanden hat. Pflichtversicherte Arbeitnehmer sollen auch als Rentner pflichtversichert bleiben; eine bestehende freiwillige Versicherung soll durch die Rentenantragstellung nicht beinträchtigt werden. Da die Leistungen der Krankenversicherung für pflichtversicherte und freiwillig versicherte Rentenbewerber und Rentenbezieher nach Art und Umfang gleich sind, besteht aus dieser Sicht kein Bedürfnis, alle Rentner unterschiedslos in die Versicherungspflicht einzubeziehen. Zusatzleistung zur Rente ist nicht, wie die Begründung des Änderungsvorschlages annimmt, der Krankenversicherungsschutz, sondern der Beitrag für die Krankenversicherung. Hinsichtlich der Beiträge sind pflichtversicherte, freiwillig versicherte und nicht versicherte Rentner gleichgestellt (vgl. Artikel 2 § 1 Nr. 8, § 2 Nr. 3 des Entwurfs).

Zu 3. (§ 167 Abs. 1 Nr. 4)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Versicherungszweige der Sozialversicherung schützen gegen unterschiedliche Risiken. Dem erstrebten Ziel muß die Ausgestaltung des Versicherungsschutzes, ebenso auch die Ausgestaltung des Versicherungszwanges entsprechen. Es besteht daher kein Grund, die Versicherungsfreiheit von Beschäftigungen unter Verwandten ersten Grades in der Krankenversicherung ebenso zu regeln wie in der Rentenversicherung. Die Versicherungsfreiheit der Beschäftigungen von Verwandten ersten Grades berücksichtigt die Tatsache, daß solchen Beschäftigungsverhältnissen meist überwiegend familienhafte Bindungen zugrunde liegen. Außerdem werden damit Schwierigkeiten beseitigt, die bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung eines solchen Beschäftigungsverhältnisses immer wieder auftauchen. Die dem betroffenen Personenkreis zugebilligte Versicherungsberechtigung (§ 172 Abs. 1 Nr. 1) gewährleistet den gleichen Schutz, wie ihn die Versicherungspflicht bieten würde.

Zu 4. (§ 172 Abs. 1 Nr. 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 5. (§ 172 Abs. 1 Nr. 5)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die soziale Krankenversicherung ist nach ihrer Bestimmung von Anfang an eine Versicherung der Arbeitnehmer gewesen. Der Regierungsentwurf unterstreicht diese Zielsetzung dadurch, daß die bisher versicherungspflichtigen Selbständigen aus der Versicherungspflicht entlassen werden. Allein die Möglichkeit, daß ein Betroffener schutzbedürftig sein könne, kann für die Einbeziehung in den geschützten Personenkreis nicht maßgebend sein, da sonst die Versicherung auch auf alle schutzbedürftigen Selbständigen ausgedehnt werden müßte. Der Personenkreis, der nach dem Vorschlag des Bundesrates in die Versicherungsberechtigung einbezogen werden soll, hat vor der Rentenantragstellung für seinen Versicherungsschutz auf andere Weise gesorgt oder diese Vorsorge unterlassen. Es kann in diesen Fällen der Versichertengemeinschaft nicht zugemutet werden, das Risiko für diese Personen, deren Krankheitsanfälligkeit zudem in der Regel besonders groß ist, mitzutragen.

Zu 6. (§ 172 Abs. 1 Nr. 6)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Das Anliegen des Bundesrates ist durch die Fassung des Regierungsentwurfs bereits erfüllt, da Lehrlinge nicht als versicherungspflichtige „Arbeitnehmer" anzusehen sind. Die vorgeschlagene Ergänzung würde zu Unklarheiten führen.

Zu 7. (§ 175 Nr. 1 und 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche zu Nr. 2

Zu 8. (§ 193 Abs. 3 Satz 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die vorgeschlagene Änderung würde bedeuten, daß auch für Verwandte, die die Hauspflege übernehmen, die entstehenden Kosten erstattet werden. Es kann aber nicht Aufgabe der Krankenversicherung sein, für Verwandten- oder Nachbarschaftshilfe, die aus ethischen Beweggründen geleistet wird, ein Entgelt zu gewähren.

Zu 9. (§ 217 Abs. 3 letzter Satz)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche zu Nr. 8.

Zu 10. (§ 235 Abs. 3, § 236 Abs. 2, §§ 237, 238 Abs. 2, § 239 Abs. 2, § 240 Abs. 1, § 241 Abs. 2, § 257 Abs. 1, § 366 Abs. 4, § 368 Abs. 2, § 370 Abs. 3, § 397 Abs. 1, § 426 Abs. 1; Artikel 2 § 7 Nr. 1 [§ 9 Abs. 2 Satz 1 Mutterschutzgesetz]; Artikel 3 § 13 Abs. 1, § 21 Abs. 1, § 27)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Auffassung des Bundesrates, es bestünden verfassungspolitische Bedenken dagegen, in Bundesgesetzen die Zuständigkeit von bestimmten Landesbehörden festzulegen, wird von der Bundesregierung nicht geteilt. Im übrigen sind auch in anderen mit Zustimmung des Bundesrates ergangenen Gesetzen, insbesondere in den Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetzen, die zuständigen Landesbehörden in gleicher Weise wie in dem vorliegenden Gesetzentwurf bestimmt worden (z. B. Artikel 1 § 1229 Abs. 2, § 1414 Abs. 1 und Artikel 3 § 4 ArVNG). Es wäre mißlich, ohne zwingende Gründe im Zweiten Buch anders als im Vierten Buch desselben Gesetzes zu verfahren.

Zu 11. (§§ 236, 239, 257)

Den Vorschlägen wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche zu Nr. 10.

Zu 12. (§ 238 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Bei der Entscheidung über die Anordnung der Errichtung von Landkrankenkassen soll nach gleichen objektiven Merkmalen verfahren werden.

Zu 13. (§ 241 Abs. 1 Satz 1, § 244 Abs. 2 Satz 2, § 247 Abs. 1, § 249 Satz 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Mindestzahlen der Mitglieder von neu zu errichtenden Betriebs- und Innungskrankenkassen wurden bei der Beratung des Selbstverwaltungsgesetzes geprüft und von 150 auf 450 erhöht. Zu einer weiteren Erhöhung besteht kein Bedürfnis, da sich die Verhältnisse seither nicht geändert haben und die Erfahrung gezeigt hat, daß Versicherungsträger mit dieser Mindestmitgliederzahl leistungsfähig sind.

Zu 14. (§ 259 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Fassung des Entwurfs entspricht einem Bedürfnis der Verwaltung und berücksichtigt die Bedeutung der Gesellenausschüsse für das Eigenleben der Innungen. Anders als bei den Gesellen ist die Bindung der sonstigen Arbeitnehmer an den handwerklichen Betrieb nicht so eng, daß sie an der Willensbildung über die Errichtung von Innungskrankenkassen beteiligt werden müßten.

Zu 15. (§ 274 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Der erstrebte Zweck würde nicht erreicht werden, da Schüler nicht versicherungspflichtig sind und § 274 nur die Kassenzuständigkeit regelt. Es ist nicht beabsichtigt, Schüler, die in der Regel ausreichenden Versicherungsschutz über die Familienhilfe haben, in die Versicherungspflicht einzubeziehen. Wie für die in § 172 Abs. 1 Nr. 2 genannten Personen, käme gegebenenfalls die Versicherungsberechtigung in Betracht.

Zu 16. (§ 277 Abs. 5)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 17. (§ 310 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Bundesregierung vermag der Rechtsauffassung des Bundesrates nicht zu folgen. Die Fassung entspricht dem Artikel 2 § 6 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Rentner vom 12. Juni 1956

(BGBl. I S. 500). Der Bundesrat hat damals dieser Fassung zugestimmt.

Zu 18. (§ 363 Abs. 1 und 2, § 364 Abs. 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 19. (§ 364 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Es handelt sich hier nicht um eine Unterstellung landesunmittelbarer Körperschaften unter eine bundesunmittelbare Körperschaft, sondern um eine gesetzliche Bevollmächtigung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen zur Vereinbarung eines Vertrages, der aus der Sache heraus nur einheitlich für alle Beteiligten gelten kann.

Zu 20. (§ 376 Nr. 5)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 21. (§ 391 Abs. 2 Satz 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 22. (§ 392 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse, die sich in der Höhe der durchschnittlichen Entgelte der Versicherten ausdrückt, sollte sich allgemeinen Grundsätzen der Beziehungen zwischen Arzt und Patient folgend, auch in der gesetzlichen Krankenversicherung im ärztlichen Honorar auswirken.

Zu 23. (§§ 394, 396)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Vorschriften entsprechen dem geltenden Recht. Bei der Verabschiedung des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 haben sich der Deutsche Bundestag und der Vermittlungsausschuß der Rechtsauffassung des Bundesrates nicht angeschlossen.

Zu 24. (§ 404 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche zu Nr. 23.

Zu 25. (§ 405 Abs. 4)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 26. (§ 408 Abs. 2 Satz 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 27. (§ 408 Abs. 2 Satz 4)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 28. (§ 411)

Prüfung wird zugesagt.

Zu 29. (§ 416 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Da der Bundesrat die Streichung des § 418 Abs. 3 nicht beschlossen hat, würde die vorgeschlagene Fassung von § 416 Abs. 2 dazu führen, daß für die Entscheidung über die gleiche Sache zwei verschiedene Stellen zuständig wären.

Zu 30. (§ 417 Abs. 3)

Die Frage wird geprüft.

Zu 31. (§ 420 Satz 3, § 424 Abs. 2, § 425 Abs. 2; Artikel 2 § 3 Nr. 15 [§ 189 Abs. 2 RKG])

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche zu Nr. 10.

Zu 32. (§ 420)

Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit eine bessere Konkretisierung der Ermächtigung in Satz 2 möglich ist.

Zu 33. (In der Überschrift zu IV. und in § 423 Abs. 1 und 2)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 34. (Zehnter Abschnitt — Aufsicht — §§ 424 ff.)

Die Bundesregierung wird prüfen, ob und auf welche Weise die gewünschte Klarstellung erfolgen kann.

Zu 35. (§ 425 Abs. 3)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Vergleiche zu Nr. 10.

Zu 36. (§ 426 Abs. 2)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt.

Begründung

Die Bundesregierung vermag der Auffassung des Bundesrates, daß eine Zuständigkeit des Bundes-

ministers der Finanzen für die Durchführung der aufsichtsrechtlichen Prüfungen der Sozialversicherungsträger nicht gegeben sei, nicht zu folgen, da die Prüfung sich auch auf Geschäfte beziehen soll, aus denen dem Bund Erstattungspflichten entstehen.

Zu 37 a. (§§ 429, 430, 434; Artikel 2 § 3 Nr. 19 [§§ 234, 234 a RKG])

Die in der Reichsversicherungsordnung enthaltenen Ordnungsstrafen alter Art werden durch Bußgeldvorschriften spätestens ersetzt werden, sobald im Zuge der Reform der Sozialversicherung die Reichsversicherungsordnung, insbesondere auch das Erste Buch, die endgültige Fassung erhält.

Zu 37 b. (§ 429)

Die Bundesregierung wird einen entsprechenden Vorschlag machen.

Zu 38. (§ 435 Satz 1)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 39. (Artikel 2 § 3 Nr. 11 [§ 124 Abs. 3 RKG])

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 40. (Artikel 2 § 3 Nr. 15 [§ 189 Abs. 1 RKG])

Dem Vorschlag wird mit der Maßgabe zugestimmt, daß an Stelle der Worte „den Vertragsausschuß" die Worte „die Vertragsausschüsse" zu setzen sind.

Begründung

Es handelt sich um mehrere Vertragsausschüsse

Zu 41. (Artikel 2 § 4 Nr. 1)

Dem Anliegen des Bundesrates wird Rechnung getragen werden.

Zu 42. (Artikel 3 § 6)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 43. (Artikel 3 § 25)

Die Frage wird noch einmal überprüft werden.

Zu 44. (Artikel 3 § 33)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 45. (Artikel 6 § 1)

Prüfung wird zugesagt.